Aus der Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie
Ärztlicher Direktor: Professor Dr. R. Lempp
der Nervenklinik der Universität Tübingen

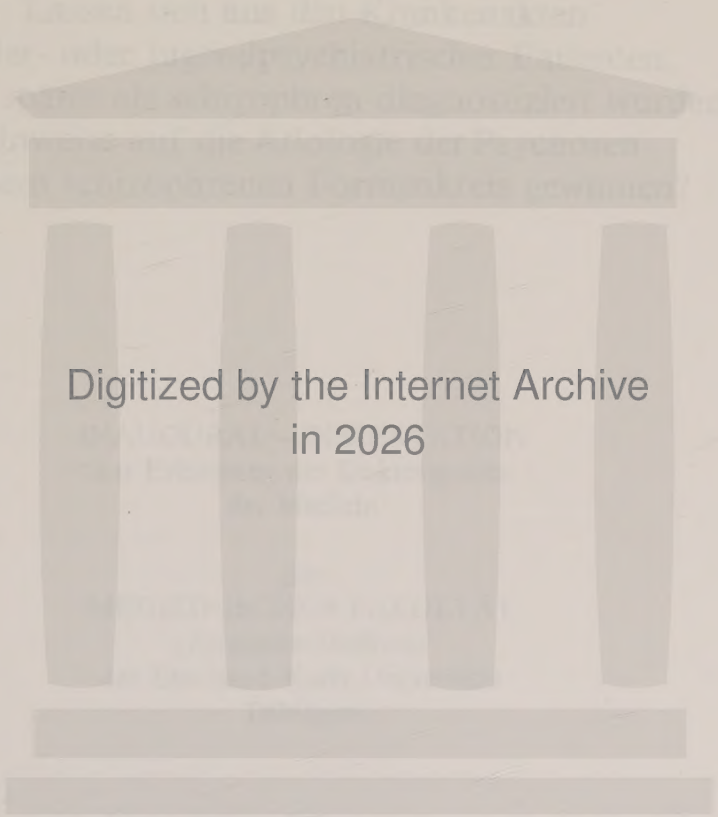
Lassen sich aus den Krankenakten kinder- oder jugendpsychiatrischer Patienten, die erst später als schizophren diagnostiziert wurden, Hinweise auf die Ätiologie der Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis gewinnen?

INAUGURAL—DISSERTATION
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin

der
MEDIZINISCHEN FAKULTÄT
(Klinische Medizin)
der Eberhard-Karls-Universität
Tübingen

vorgelegt von
EHRENTRAUD ELISABETH GUTERMANN, Geb. Schmid
aus Ravensburg

1985



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546527_0002

Aus der Abteilung Kinder- und Jugendpsychiatrie
Ärztlicher Direktor: Professor Dr. R. Lempp
der Nervenklinik der Universität Tübingen

Lassen sich aus den Krankenakten kinder- oder jugendpsychiatrischer Patienten, die erst später als schizophren diagnostiziert wurden, Hinweise auf die Ätiologie der Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis gewinnen?

INAUGURAL—DISSERTATION
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin

der
MEDIZINISCHEN FAKULTÄT
(Klinische Medizin)
der Eberhard-Karls-Universität
Tübingen

vorgelegt von
EHRENTRAUD ELISABETH GUTERMANN, Geb. Schmid
aus Ravensburg

1985

Dekan:	Professor Dr. W. Schulte
1. Berichterstatter:	Professor Dr. R. Lempp
2. Berichterstatter:	Privatdozent Dr. H. J. Gaertner

---

gedruckt bei H.-J. Köhler · Reprografischer Betrieb · Tübingen

INHALTSANGABE

		Seite
I.	Einleitung	1
II.	Fragestellung der Gesamtarbeit	3
III.	Literaturübersicht zum Stand der Ätiologieforschung in der Schizophrenielehre	5
3.1.	Psychoanalytische Theorie	5
3.2.	Psychodynamisch orientierte Literatur	6
3.2.1.	Grundhypothese	6
3.2.2.	Pathologische Mutter-Kind Symbiose	8
3.2.3.	Die schizophrenogene Familie nach Brody	9
3.2.4.	Das Konzept der Pseudogemeinschaft	10
3.2.5.	Kommunikationstheorie	12
3.2.6.	Spaltung und Strukturverschiebung in der Ehe	15
3.2.7.	Familientheorie nach M. Bowen	19
3.2.8.	Sündenbocktheorie nach Vogel und Bell	21
3.2.9.	Zusammenfassung	23
3.3.	Biochemische Forschungen zur Schizophreniegenese	23
3.4.	Ergebnisse der Vererbungsforschung	24
3.5.	Weitere Erklärungsversuche soziologischer, epidemiologischer, transkultureller Natur	27
3.6.	Theorie der frühkindlichen Hirnschädigung	29
3.7.	Zusammenfassende Bemerkungen zur Ätiologie	30
IV.	Konzeption der Gesamtarbeit, untersuchter Personenkreis, Methode	33

4.1.	Indexgruppe	33
4.2.	Methode	34
4.3.	Kritik der Methode	36
V.	Fragestellung der hier vorliegenden Arbeit	40
VI.	Darstellung und Besprechung der Ergebnisse	42
6.1.	Allgemeine Merkmale der untersuchten Gruppe	42
6.1.1.	Geschlechtsverteilung	42
6.1.2.	Geburtsjahrgänge	42
6.1.3.	Alter bei der Erstvorstellung, bei Schizophreniediagnose, Intervall	43
6.1.4.	Art der Behandlung bei Erstuntersuchung und Relation zum Diagnoseintervall	47
6.2.	Soziale Charakterisierung der Patienten und ihrer Familien	49
6.2.1.	Umstände der Geburt	49
6.2.2.	Aufenthalt der Kinder bei Erstvorstellung	50
6.2.3.	Geschwisterzahl	51
6.2.4.	Position in der Geschwisterreihe	52
6.2.5.	Religionszugehörigkeit	53
6.2.6.	Familienstand der Eltern bei Erstvorstellung	53
6.2.7.	Wohnort	54
6.2.8.	Betreuung in den ersten Lebensjahren	55
6.2.9.	Weitere im Haushalt lebende Personen	55
6.3.	Sozialer Status der Familie	56
6.3.1.	Beruf des Vaters	56
6.3.2.	Beruf der Mutter	57
6.3.3.	Einkommensverhältnisse	57
6.4.	Verlauf der körperlichen Entwicklung	59
6.4.1.	Schwangerschaftsverlauf	59

6.4.2. Geburtsverlauf 60
6.4.3. Säuglingszeit 61
6.4.4. Kleinkindliche Entwicklung bis zur Einschulung 61
6.5. Schulische Entwicklung, Schulleistungen 63
6.5.1. Kindergarten 63
6.5.2. Schulart 63
6.5.3. Schulleistungen 63
6.5.4. IQ 63
6.5.5. Liste der angeführten Schulschwierigkeiten 64
6.6. Körperlicher Befund 67
6.6.1. Allgemeine körperliche Untersuchung 67
6.6.2. Neurologische Untersuchung 68
6.6.3. Röntgenuntersuchung des Schädels 68
6.6.4. EEG 68
6.6.5. Liquoruntersuchung 69
6.7. Familienanamnese 71
6.8. Charakterisierung des "inneren Familienmilieus" 74
6.9. Prämorbide Persönlichkeitsstruktur 79
6.10. Unmittelbarer Grund für die erste psychiatrische Vorstellung 82
6.11. Bei Erstvorstellung gestellte Diagnosen 86
VII. Zusammenfassende Bewertung der Ergebnisse, Aussage der vorliegenden Arbeit 89
VIII. Anhang 173
8.1. Falldarstellungen 173
8.2. Punktekatalog 173
8.3. Dank 178
IX. Literaturverzeichnis 179
X. Lebenslauf 195

I) EINLEITUNG

EIN MENSCH, DER ES VORZIEHT, LIEBER ROT ALS TOT ZU SEIN, IST NORMAL.
EIN MENSCH, DER SAGT, DASS ER SEINE SEELE VERLOREN HABE, IST VERRÜCKT.
EIN MENSCH, DER SAGT, DASS MENSCHEN MASCHINEN SIND, KANN EIN GROSSER DENKER UND WISSENSCHAFTLER SEIN.
EIN MENSCH, DER SAGT, DASS ER EINE MASCHINE IST, IST "DEPERSONALISIERT" IM PSYCHIATRISCHEN JARGON.
EIN MENSCH, DER SAGT, DASS NEGER EINE NIEDRIGERE RASSE SIND, KANN SEHR ANGESEHEN SEIN.
EIN MENSCH, DER SAGT, SEINE WEISSE HAUTFARBE SEI EINE FORM VON KREBS, IST WAHNSINNIG. (47)

Über das Thema der Schizophrenie, dem Prototyp des "Verrücktseins", der "Geisteskrankheit", sind sehr große Mengen geschrieben worden, dennoch sind bedeutende Fragen der Diagnose, der Prognose, der Ätiologie und Therapie nach wie vor unbeantwortet. Immer wieder wird die Psychose als größte Herausforderung für die Psychiatrie bezeichnet, Kurt Schneider sprach diesbezüglich von einem "anthropologischen Geheimnis", einem "Ärgernis der Humanpsychiatrie"; Ärgernis aber auch für den einzelnen Menschen angesichts der beständigen Angst vor dem "Verrücktwerden-Können", was als drohendes eigenes Schicksal ansichtig zu werden Jaspers unter Grenzsituationen des Menschen gerechnet hat. Mit C. Kulenkampf (45) gesprochen, hat vielleicht diese fundamentale Frustration, dieses skandalöse Nichtwissen in einer Zeit, die sich daran zu gewöhnen scheint, alles, was sie will, prinzipiell beherrschbar zu machen, den Anlaß gegeben, immer wieder neue Aspekte an das rätselhafte Geschehen heranzutragen.

In der Formulierung von Laing (47) kann das Sein des Menschen von verschiedenen Gesichtspunkten aus gesehen werden, der eine oder andere Aspekt kann zum Mittelpunkt des Geschehens gemacht werden, der Mensch kann als Person oder als Ding gesehen werden. Diese Sichtweise gibt Anlaß zu völlig verschiedenen Deskriptionen, diese zu zwei völlig verschiedenen Theorien, welche in zwei völlig verschiedenen Folgen der Aktion enden können. Alle unsere Bezugsrahmen sind im Kontext dessen, was wir als Normalität, Gesundheit, Freiheit bezeichnen, unklar und fragwürdig. Trotz dieser Fülle von Problemen und Fragen, der kontroversen Meinungen und Theorien auf dem Gebiet der Schizophrenie werden Millionen von Menschen als Schizophrene diagnostiziert. Sie füllen unsere psychiatrischen Krankenhäuser, und sowohl die Patienten wie ihre Angehörigen leiden häufig unbeschreiblich.

II) FRAGESTELLUNG DER GESAMTARBEIT

Wer sich mit der Frage der Entstehung der Schizophrenie befaßt, sollte den Blick zuerst auf die Kindheit richten. Er beobachtet dabei, daß die schizophrene Psychose den Menschen zwar in der ersten Lebenshälfte, meist aber doch erst von der Pubertät an erfaßt; sie läßt die Kindheit fast ganz frei. Diese liegt demnach im Vorfeld der Psychose. Ist dieses Vorfeld nun völlig frei von Erscheinungen, die sich auf die Erkrankungen des Erwachsenen beziehen? Zeigen sich beim Kind schon charakterliche Eigenheiten, die man in Zusammenhang mit der späteren Störung bringen kann? Gibt es Erlebnisse, Familien- und Umweltverhältnisse, Besonderheiten des Verhaltens, der Reaktionen, also der denkenden und empfindenden Verarbeitung der Lebensprobleme, die den Ausbruch einer noch schlummernden Schizophrenie begünstigen oder gar eine solche entstehen lassen?
Wenn man dabei nun nach bestimmten oder einigen wenigen, eindeutigen Umweltfaktoren sucht, muß man zwangsläufig scheitern. Denn gäbe es diese eindeutigen entscheidenden Ursachen, so wären sie bei dem enormen Aufwand, den die Schizophrenieforschung betreibt, schon lange klar definiert worden. Bei der Komplexität und Fülle der möglichen Umweltvariablen, die einen sich entwickelnden Menschen prägen, und bei der Unmöglichkeit, die subjektive Wirksamkeit der einzelnen Faktoren quantitativ zu erfassen, ist der Weg einer statistischen Analyse der Anamnese, die bei den erkrankten Patienten im Erwachsenenalter erhoben wurde, sicher unergiebig. Es kommen hierbei zu viele einschränkende Momente, so z.B. die Erinnerungsfähigkeit der Patienten, insbesondere in einem psychotischen Zustand, Probleme der Verdrängung belastender Erfahrungen oder der Aggravierung zur Rechtfertigung einer gegebenen Situation.

Eine auslesefreie Katamnese einer Kindergruppe ist zu zeitaufwendig, um eine relevante Zahl später schizophren Erkrankter zu erfassen, die Ausgangsgruppe müßte unendlich groß sein.
In dieser Arbeit wird ein anderer Weg gesucht, um eine nach kinderpsychiatrischen Gesichtspunkten erhobene Anamnese in der Kindheit bei später an Schizophrenie erkrankten Erwachsenen zu gewinnen. Es wird die Frage gestellt, ob sich aus den Krankenakten kinder- und jugendpsychiatrischer Patienten, die später schizophren erkrankt sind, neue Aspekte, neue Erkenntnisse zur Schizophreniegenese gewinnen lassen, ob retrospektive in der Kindheit bereits Prodromi, Entwicklungen, Gefahren erkennbar gewesen wären, die im Sinne einer besseren Prävention beeinflußbar wären.

III) LITERATURÜBERSICHT ZUM STAND DER ÄTIOLOGIEFORSCHUNG IN DER SCHIZOPHRENIE

3.1. Psychoanalytische Theorie

In Analogie zur Neurosenlehre werden von der Psychoanalyse hypothetisch sogenannte Fixierungsstellen für die Psychose formuliert, d.h. die Zeiträume, die frühkindlichen Entwicklungsphasen, die für die Entstehung späterer Psychosen maßgebend sind: (54)

1. Der "Primäre Narzismus", worunter man versteht, daß die gesamte verfügbare Energie der Libido im Ich gebunden ist, (21) bzw. in der Formulierung nach Mahler (56) die "autistische Entwicklungsphase", nach Spitz (83) die sogenannte "objektlose Stufe". Einer Störung dieser Entwicklungsphase werden die autistische Psychose im Kindesalter, sowie die Hebephrenie und Katatonie des Erwachsenenalters zugeordnet, sei dies nun aus konstitutioneller, infantogener oder matrogener Ursache heraus.
2. Die "Dualunion zwischen Mutter und Kind" oder die "symbiotisch-parasitäre Beziehung" (nach Mahler): Das Kind schließt die Mutter in sein internes narzistisches Milieu ein, die Mutter dehnt ihren Narzismus auf das Kind aus, indem sie als Versorgerin, Beschützerin und Funktionsträgerin des Reizschutzes ein externes Hilfs-Ich wird. Zugeordnet werden dieser Fixierungsstelle die symbiotische Psychose nach Mahler und die paranoid-halluzinatorische Psychose des Erwachsenenalters.
3. "Lösung der Dualunion" und Differenzierung von Selbst und Objekt sowie von Ich und Es, bzw. die "Individuations- und Separationsphase" nach Mahler mit drei Subphasen.

Das Ergebnis eines geglückten Verlaufes dieser Entwicklungsphasen ist eine solide Persönlichkeit mit "festem, permanentem Ich-Kern" (Fairbain, 20), mit einem in sich ruhenden, "wahren Selbst" (Winnicott, 98). Bei Traumatisierungen dieser Phasen, seien sie nun im Kind oder in der Umwelt zu suchen, resultiert eine nicht-autonome, nicht-integrierte Persönlichkeitsstruktur, die in ihrer Desorganisation hochgradig verletzbar ist und in einer narzistischen Abhängigkeit von ihrem Idalobjekt steht, das sie nach M. Klein (42) inter- oder intrapsychisch immer besitzen möchte.

3.2. Psychodynamisch orientierte Literatur

3.2.1. Grundhypothese:

Die schizophrene Reaktion mit dem Rückzug aus den zwischenmenschlichen Beziehungen, dem Zusammenbruch der Kommunikation und dem Aufbau einer eigenen Welt mit verzerrter Wahrnehmung, Bedeutung und Logik ist der Endpunkt einer Kette von Ereignissen, deren Grund in gestörten zwischenmenschlichen Beziehungen zwischen dem Kind und seinen Eltern liegt. Die Psychose wird demnach zu einem wesentlichen Teil als eine psychogen bedingte Funktionsweise betrachtet ("psychogene Hypothese"). (24) Als Kernpunkt, Grundlage, Matrix des Persönlichkeitswachstums und des Sozialisationsprozesses wird die Familie mit ihren spezifischen Interaktionsprozessen und ihrem Beziehungsgefüge gesehen. In der Familie wird das Individuum fähig, das Kulturerbe zu assimilieren, ein soziales Wesen zu werden. In der Familie lernt es zu denken, zu handeln und zu kommunizieren. Nach Ackermann (1): "Die Beziehungen der Einzelpersönlichkeit und die

gruppendynamischen Prozesse des Familienlebens bilden ein wesentliches Glied in der Kette der Verursachung von Zuständen geistiger Gesundheit und Krankheit". Die Hinwendung der Aufmerksamkeit auf die Familie als Mittelpunkt des Krankheitsprozesses ist zwar nicht gänzlich neu, jedoch anders akzentuiert: Bereits die ältere psychoanalytische Theorie mißt dem elterlichen Erziehungsstil und der Familienstruktur einen großen Einfluß auf die Entwicklung des Kindes zu, konzentriert ihr Hauptinteresse dennoch mehr auf das Individuum als abgeschlossene Wesenseinheit mit seinem Unbewußten und einer festgelegten, auch konstitutionell bedingten intrapsychischen Struktur. Sie geht hierbei von einem bereits vorformulierten, festgelegten theoretischen System aus. (Siehe 3.1.) Die neueren Konzeptionen der angloamerikanischen Familienforscher vertreten dagegen ein Konzept des Familienganzen, studieren hauptsächlich die Familienumwelt des Schizophrenen und ihre Kommunikationsstrukturen. Das Interesse gilt der "unmittelbaren Realität" des Patienten. So Ferenczi (22): "Die Realität ist es, wodurch das Kind tatsächlich geschädigt wird, die unbewußten Phantasien sind der Ausdruck davon". Hauptsächliche Technik der Forschungen ist die direkte, teilnehmende Beobachtung von Interaktionsstrukturen insgesamt hospitalisierter Familien oder durch psychotherapeutische Beziehungen zu Patient, seinen Eltern oder beiden zugleich. (1).

3.2.2. Die pathologische Mutter (Eltern)-Kind-Symbiose

Grundannahme des von L. Hill entwickelten und von H.F. Searles weitergeführten Konzeptes ist, daß der spätere Patient schizophren dekompensiert, weil er einem langjährigen Bestreben seiner wichtigsten Beziehungsperson ausgesetzt gewesen ist, dem Bestreben, ihn verrückt zu machen, dies großteils unbewußt. (76) oder wie Hill es formuliert (30): "Die Mutter, gelegentlich der Vater, schafft die Bedingungen dafür, daß das Kind mit Sicherheit so lebt, wie es den eigenen Abwehr- und Aggressionsbedürfnissen zur Vermeidung einer Psychose entspricht." "Der Sinn der Nutzlosigkeit des Abhängigkeits-Selbständigkeitskampfes, den der Schizophrene führt, ...besteht in seinem auf Beobachtung gegründeten Glauben, seine Besserung oder Gesundung würde seine Mutter (Vater) psychotisch werden lassen." Als Methoden, den anderen verrückt zu machen, nennt er "jede Art von Begünstigung emotioneller Konflikte, das Bestreben, verschiedene Bereiche der Persönlichkeit des anderen in Widerspruch miteinander zu bringen." So

z.B. Konflikt zwischen sexuellen Bedürfnissen und Über-Ich od. Inzest-Tabu.

z.B. Reifungsbedürfnis und das Verlangen nach der Entfaltung der eigenen Individualität und das regressive Bedürfnis nach infantiler Symbiose.

z.B. das Gefühl, daß um Hilfe, Sympathie und Verständnis geworben wird, andererseits angebotene Hilfe zurückgewiesen wird mit den daraus resultierenden Schuldgefühlen.

z.B. die Methode der Annäherung und Kommunikation auf zwei Beziehungsebenen, die nicht vereinbar sind.

z.B. die emotionelle Sprunghaftigkeit, das unerwartete, plötzliche Ändern der emotionellen Wellenlänge.

Als Motive, die hinter diesem Bestreben und den beschriebenen Methoden stehen, nennt er folgende:
- Todeswünsche (Psychosewunsch als psychologisches Äquivalent des Mordes)
- der Wunsch, eine bedrohliche Verrücktheit in einem selbst nach außen zu verlegen und loswerden zu wollen. ("Introjektion eines verrückten Elternteils")
- der Wunsch, einer unerträglich konfliktreichen Situation ein Ende zu machen
- der Wunsch nach Linderung einer unerträglichen Einsamkeit durch Findung eines "Herzensbruders"
- Erreichung und ständige Reproduktion der Befriedigung, die eine symbiotische Beziehung ausmachen. usw.

3.2.3. Die schizophrenogene Familie nach Brody

Brody, W.M. (13) beschreibt in schizophrenogenen Familien das "Netz narzistischer Beziehungen, in denen Eltern ihre Kinder als nach außen projizierte Teile ihrer selbst behandeln und ihnen nur die Wahl zwischen Anpassung, Verwirklichung und Bestätigung der elterlichen Erwartungen und völliger Isolation lassen." Als Folge davon beschreibt er das Schwanken zwischen stark symbiotischer Nähe mit völligem Verlust an eigener Identität und Autonomie und äußerster Isolation und Distanz.

3.2.4. Das Konzept der "Pseudo-Gemeinschaft" in den Familien von Schizophrenen (Wynne, Ryckoff, Day, Hirsch) (100)

Obengenannte Autoren versuchen die Gesamtorganisation und die Interaktionsmuster der Familie Schizophrener mit dem Begriff der "Pseudogemeinschaft" zu charakterisieren. Grundpostulate ihres Konzepts sind:

- Die Aufnahme einer Beziehung mit anderen Menschen ist fundamentales Gebot oder Bedürfnis der menschlichen Existenz.
- Jeder Mensch strebt in einem lebenslangen Prozess danach, ein Gefühl der eigenen Identität zu entwickeln.

Für die echte Gemeinschaft und normale Familie kennzeichnend ist nun die Interaktion von selbstständigen Individuen, jedes ausgestattet mit einem positiven Gefühl seiner eigenen sinnvollen Identität. Die echte Gemeinschaft lebt und vertieft sich durch die Anerkennung natürlicher Divergenzen der Meinungen, Verhaltensweisen, der inneren Fähigkeiten der Beteiligten; die Verschiedenheit wird nicht als zerstörend, sondern als Basis der Erweiterung und Vertiefung der Beziehungen autonomer Personen gesehen. Die Pseudogemeinschaft ist gekennzeichnet von einem "überwiegenden Aufgehen im Zusammenschluß auf Kosten der Identität jener Personen, die an der Beziehung beteiligt sind". Divergenz der Meinungen, Änderung der Erwartungen, eine eigene Identität wird als Bedrohung und Störung der Beziehung erlebt und daher angsterfüllt vermieden; eine Erweiterung, Entwicklung, Vertiefung der Beziehung wird dadurch verunmöglicht. Die Beteiligten einer Pseudogemeinschaft verwenden ihre Energie auf die Erfüllung starrer, stereo-

typisierter, depersonalisierender Rollenerwartung, ungeachtet deren Gültigkeit und Zweckmäßigkeit. Jede Entfaltung und Spontaneität wird untersagt, ein Aufgeben der Beziehung unmöglich. Abweichungen von der familiären Rollenstruktur werden ignoriert oder wahnhaft umgedeutet, die Artikulation oder Selektion von Erlebnisinhalten, die ein einzelnes Familienmitglied befähigen könnte, eine eigene Identität innerhalb oder außerhalb der Rollenstruktur zu erweitern, wird verhindert.
Die schizophrenogene Familie wird so als selbstgenügsames, sozial und kulturell isoliertes System mit abgeschlossener Umgrenzung beschrieben, der Begriff "Gummi-Zaun" zur Charakterisierung geprägt. Jedes in einer solchen Umwelt aufwachsendes Kind muß sich die gestörten Kommunikationsstile, Denkweisen, Wahrnehmungen und Realitätsdeutungen zu eigen machen, um obengenannte existentielle Grundbedürfnisse zu erfüllen. Bei Konfrontation mit der wirklichen Welt kann es nach den Autoren demnach aufgrund der permanenten Fragmentierung der Erfahrung zu einer kulturellen und kommunikativen Desorientierung und zum schizophrenen Zusammenbruch kommen. Dies prädestiniert im Jugendalter, der Adoleszenz, wo die inneren Triebe und Erwartungsnormen ein selbstständiges Wesen erfordern, das mit einem geformten Selbst Beziehungen in Arbeit, Sexualität usw. eingehen kann. Die akut schizophrene Panik und Desorganisation, häufig beim Eintritt ins Erwachsenenalter, wird als Identitätskrise angesichts der überwältigenden Schuldgefühle und Ängste gesehen, die mit der Aufkündigung einer besonderen Art von familiärer Rollenstruktur einhergehen.

3.2.5. Kommunikationstheorie

Bateson, Gr., Jackson, D.D., Haley, J., Weakland, J.H.

"Auf dem Weg zu einer Schizophrenietheorie"

Diese Autoren betrachten die Familie im Rahmen einer Theorie der menschlichen Kommunikation, deren Hauptelement in dem Grundsatz besteht, daß es zwischen Menschen nicht nur eine Form der Kommunikation gibt, sondern eine Metakommunikation, also Kommunikation über Kommunikationsprozesse gibt sowie verschiedene Ebenen von Kommunikationen. Es werden hauptsächlich drei Ebenen unterschieden:

1. Der Kontext, in dem Kommunikation stattfindet
2. Die verbalen Botschaften
3. Die averbalen stimmlichen und sprachlichen Muster, die Gestik.

Als Ich-Funktion, dem Kern der schizophrenen Problematik, wird der Prozess der Unterscheidung von Kommunikationsmodi im Selbst oder zwischen dem Selbst und den anderen definiert. Als ebenso wichtig für einen geglückten sozialen Verkehr wird die Fähigkeit angesehen, metakommunikative Botschaften auszutauschen: z.B. "wie hast du das gemeint?", nimmst du mich auf den Arm?".

Der Schizophrene zeigt aus klinischer Erfahrung gerade in dieser Hinsicht verschiedene Schwächen:

1. Die Schwierigkeit, den Botschaften anderer dem richtigen Kommunikationsmodus zuzuordnen
2. Die Schwierigkeit, den eigenen averbal oder verbal geäußerten Botschaften dem anderen richtigen Kommunikationsmodus zuzuordnen
3. Die Schwierigkeit, seinen eigenen Gedanken, Empfindungen, Wahrnehmungen dem richtigen Kommunikationsmodus zuzuordnen.

Diese Schwäche, eine beständige Konfusion zwischen den Kommunikationsebenen, wird von den Autoren als angemessene Reaktionsweise auf eine beständige, sich immer wiederholende, pathologische Außenwelterfahrung erklärt. Zur Charakterisierung der Erfahrung wird der Begriff double-bind (=Doppelbindung)= Beziehungsfalle geprägt. Charakterisierend für eine double-bind Situation ist:

1. Beteiligung von zwei oder mehr Personen (eine als Opfer)
2. Wiederholung der Erfahrung, Gewohnheit, kein traumatisierendes einmaliges Ereignis
3. Primär negatives Gebot unter Androhung einer Strafe
4. Sekundäres Gebot, das mit dem ersten auf einer abstrakten Ebene in Konflikt gerät und ebenso mit Strafen und drohenden Signalen durchsetzt ist. Meist Vermittlung des sekundären Gebots auf der averbalen Ebene (Gestik, Körperhaltung, Stimmlage), es kann auch nur gegen ein Element des ersten Gebotes verstoßen. Z.B. "unterwirf dich nicht meinen Verboten"!)
5. Tertiäres negatives Verbot, das dem Opfer untersagt das Feld zu räumen.
6. Nach erfolgtem Lernprozess kann jedes Teil einer double-bind-Sequenz beim Opfer Panik oder Wut auslösen.

In diese double-bind Situation ist das schizophrene Individuum total verstrickt und unfähig, sich mit Widersprüchlichkeiten kritisch auseinanderzusetzen, d.h. eine metakommunikative Feststellung zu treffen. Es reagiert defensiv in die Enge getrieben, in einer typischen, Sicherheit bringenden, metaphorischen Ausdrucksweise von phantastischer Aufmachung.

So sehen die Autoren in der die Schizophrenie kennzeichnenden Desorientierung ein Mittel zur Verteidigung gegen eine unmögliche Situation, ohne daß sich der Betroffene seiner Verteidigungsposition und der zugrundeliegenden Angst bewußt ist. Sie beschreiben näher einige Variationsmöglichkeiten der schizophrenen Reaktion und Zusammenbruch der Metakommunikation:

- Hinter jeder Äußerung wird eine verborgene, schädliche Bedeutung gesucht, es besteht ein übertriebenes Interesse an verborgenen Bedeutungen, es herrscht Mißtrauen = Paranoid
- Alles Geäußerte wird wörtlich genommen, als unwichtig behandelt oder lächerlich dargestellt = Hebephren
- Es wird der Versuch einer totalen Ignoranz gemacht, das Interesse von der Außenwelt abgezogen und auf das eigene Innere konzentriert. So entsteht der Eindruck eines zurückgezogenen, schweigsamen Menschen = Katatonie

Die Autoren beschreiben desweiteren allgemeine Merkmale von Familiensituationen, die beschriebene double-bind Situationen entstehen lassen:

- Eine Mutter bekommt Angst, wenn das Kind auf sie wie eine liebende Mutter reagiert. Die bloße Existenz des Kindes hat eine spezielle Bedeutung, die in der Mutter Angst und Feindseligkeit erregt, sobald die Gefahr besteht, daß sie mit dem Kind in einen innigen Kontakt gerät. So Rückzug oder Feindseligkeit bei Annäherung des Kindes.
- Eine Mutter, die ihr Gefühl der Feindseligkeit und Angst nicht akzeptieren kann und verleugnet, indem sie ein liebevolles Verhalten an den Tag legt. Liebevolles Verhalten, Zuneigung - simulierte Liebe und Verleugnung, wenn das Kind adäquat reagiert.

- Das Fehlen einer Person in der Familie, die sich in eine solche pathologische Beziehung einmischt. So muß das Kind aus existentiellen Bedürfnissen heraus die Täuschungsmanöver der Mutter als real anerkennen und seine eigenen inneren Botschaften als falsch charakterisieren. Dies löst in ihm Hilflosigkeit, Angst, Erbitterung, Wut aus, oder mündet durch den Versuch der Ignoranz in einem Rückzug aus der Realität.

3.2.6. Spaltung und Strukturverschiebung in der Ehe Von Lidz, Th., Cornelison, A., Fleck, St., Terry, D. (52)

Aufgrund von Familienuntersuchungen und Untersuchungen von Ehen der Eltern Schizophrener stellen die Autoren folgende Hypothese auf:
Schizophrenie ist eine extreme Form des sozialen Rückzugs, die den Patienten dazu bringt, die Logik der Kultur aufzugeben, indem er die Wahrnehmung von sich und den anderen verändert. Zweck ist die Erlösung von einer unerträglichen, Angst erzeugenden Welt, und die Bewahrung einer gewissen Form von Selbstachtung. Grund für dieses Manöver liefert die Realität selbst, insbesondere die Familie des Patienten. Die Ich-Schwäche des Schizophrenen steht nach den Autoren in einem Zusammenhang mit der Introjektion der elterlichen Schwäche (z.B. Abhängigkeit der Mutter vom Kind in der Erfüllung ihrer eigenen Bedürfnisse, Introjektion der elterlichen Ablehnung, introvertierte Identifikationsbilder durch Herabsetzung eines Elternteils durch den anderen.). In den eingehenden Untersuchungen der Autoren von Familien

Schizophrener stellen sie überzufällig häufig die Gestörtheit der Ehen der Eltern heraus, die sie mit den Begriffen "Strukturverschiebung" und "Spaltung" in der Ehe belegten.
Als Voraussetzungen einer normalen Ehe nennen sie folgende Kriterien:
Die Einnahme wechselseitiger Rollen unter sich und den Kindern, das gemeinsame Verstehen und Annehmen der beiderseitigen Rollen, der Ziele, der Motivationen auf dem Boden einer ausreichenden Gemeinsamkeit der kulturellen Wertorientierung. Weitere Voraussetzungen sind gegenseitiges Vertrauen, affektive Kommunikation, Beendigung der primären Abhängigkeitsbeziehung zu den eigenen Eltern, Aufrechterhaltung der Grenzen zwischen den Generationen, Akzeptieren der Elternrolle und keine Rivalität zu den eigenen Kindern. Die Rollenausprägungen werden in Anlehnung an Parsons beim Vater als mehr "adaptiv-instrumentell", bei der Mutter als "integrativ-expressiv" beschrieben.
In den Familien mit Ehespaltung besteht ein ständiger Konflikt zwischen den Eheleuten, die Familie ist in zwei gegenseitige Lager gespalten. Beide Eheleute sind in eigene Persönlichkeitskonflikte verwickelt, ohne dabei Beistand des anderen in seinen emotionellen Bedürfnissen zu erhalten; jeder versucht den anderen zu zwingen, sich den eigenen Erwartungen und Maßstäben zu beugen, stößt dabei auf offenen oder heimlichen Widerstand. Trennungsdrohungen sind häufig, Spannungen werden nicht durch Bemühungen um Ausgleich überwunden, sondern durch Aufschub der Auseinandersetzung mit dem eigentlichen Konflikt oder durch gegenseitige emotionale Abwendung hingehalten. Es besteht keine Gemeinsamkeit der Interessen oder Bedürfnisbefriedigungen, es herrscht

Mißtrauen, ständige Herabsetzung des einen Partners durch den anderen vor den Kindern. Es besteht eine Tendenz zur Rivalität um die Abhängigkeit und Liebe der Kinder, z.T. um die fehlende Zuneigung des Partners zu erlangen, z.T. um den Partner zu verletzen und ihm zu schaden. Der Vater in diesen Ehen wird oft als Außenseiter oder zweitrangig beschrieben, er sorge oft nur noch für den finanziellen Erhalt, während die meisten Frauen beschrieben werden als vertrauenslos, emotional kalt, distanziert, sexuell unansprechbar.
Sehr auffällig wird die häufige Bindung an die Elternhäuser beschrieben, expressive und instrumentelle Rollen würden oft von Großeltern oder Geschwister der Eltern getragen. In näheren Charakterisierungen der Ehen werden drei Gruppen differenziert:

1. Männlich dominierte Kampfehen: Der starr paranoide Mann braucht seine Frau, die ihn bewundert, seine narzistischen Bedürfnisse stillt, seinen starren Erwartungen nachkommt. Die Frauen sind meist enttäuschte, schwach integrierte Zwangscharaktere mit chronischem Mißtrauen ohne Zuneigung.
2. Weiblich dominierte Kampfehen: Entscheidungen werden hier von der gefühlskalten und distanzierten Frau getroffen, der passive und masochistische Ehemann wird aus der Führerrolle abgedrängt, er wird verwundbar, zieht sich aus der Beziehung zurück.
3. Ehen zweier unreif-abhängiger Partner: Sie sind gekennzeichnet von einem beidseitigen Rückzug und der Abhängigkeit von Mitgliedern der Elternfamilie.

In den Familien mit Strukturverschiebung wird die Familie zwar von der erheblichen Psychopathologie eines Ehepartners beherrscht, es herrscht jedoch Harmonie, da die narzistischen Bedürfnisse des einen Partners vom anderen nicht bekämpft sondern erfüllt werden. Meist wählte sich ein hochgradig abhängiger und masochistischer Partner einen Gatten, der als starke und beschützende Elternfigur erschien. Durch das Akzeptieren der Psychopathologie des dominierenden Partners entsteht für die Kinder eine abnorme unwirkliche Atmosphäre, die ihnen durch das harmonische Mitspielen des anderen Partners als normal erscheint. Es werden hierbei Ehen mit Selbsterniedrigung des Mannes und der Frau beschrieben. Zusammenfassend wird vermerkt, daß bei der Untersuchung der Familien Schizophrener viele, für eine normale Entwicklung des Kindes abträgliche Merkmale zu finden sind:

- Die Eltern warnen die Kinder gegenseitig davor, so zu werden wie der Partner.
- Es besteht Rivalität um die Liebe des Kindes, das Kind muß Funktionen des Partners erfüllen, die Grenze zwischen den Generationen wird überschritten.
- Verstärkung der Ödipusrivalität und der Inzestproblematik.
- Verhinderung einer stabilen Ich-Identifikation des Kindes mit der gleichgeschlechtlichen Elternfigur, da es vom anderen Elternteil nicht als Liebesobjekt bestätigt wird und so nicht zum Vorbild werden kann.
- Angst des Kindes vor Verlassenwerden, Bemühung des Kindes um Zusammenhalt der Ehe usw.

3.2.7. Die Familie als Bezugsrahmen für die Schizophrenieforschung nach Bowen, M. (12)

Einleitend zu seiner Hypothese gibt der Autor seiner Auffassung Ausdruck, daß die Schizophrenie die Symptomatik eines aktiven Prozesses sei, an dem die ganze Familie, ja sogar drei oder mehr Generationen beteiligt seien. Gegenstand der Untersuchungen waren insgesamt 14 Familien, die z.T. bis zu drei Jahren als gesamte hospitalisiert waren. Die Ergebnisse der intensiven Therapie und Beobachtung der Familien lassen sich wie folgt zusammenfassen:
Entsprechend der 3-Generationstheorie gibt es in jeder Geschwisterreihe ein Kind mit einem höheren Grad an Unreife als die anderen, bei dem, das die stärkste frühe Beziehung zur Mutter hat. Der Grad der Unreife entspricht den vereinigten Unreifegraden der Eltern. In der 3. Generation kann es dann zum Ausbruch einer Psychose kommen. Die Unreife der Eltern wird z.T. verleugnet, es wird mit einer Fassade übertriebener Tüchtigkeit, mit einer Stärke operiert, die größer ist als es die Realität erfordert. Oder die Unreife wird z.T. betont, es wird mit der Fassade der Untüchtigkeit und Hilflosigkeit operiert, die nicht der Realität entspricht. Die Eheleute stehen dabei in einer ständigen Wechselbeziehung, entweder der Vater ist unbarmherzig und autoritär, die Mutter hilflos und jammernd, oder die Mutter ist dominierend und aggressiv, der Vater Randfigur und unterwürfig. Die Ehen solcher Eltern ist gemäß Beobachtungen gekennzeichnet von einer bemerkenswerten emotionellen Distanz, entweder offenem Zwist, oder häufiger wird ein formell kontrolliertes Verhalten ohne Teilen

persönlicher Gefühle, Gedanken oder Erlebnissen beobachtet. In der Überzahl werde eine angstbetriebene "Politik des Friedens um jeden Preis" betrieben. Durch die ständige Wechselseitigkeit der Über- und Untertüchtigkeit entstehe eine Unfähigkeit zur Entscheidung.
Eine Stabilisierung der Situation wird sowohl für beide Eltern für sich wie auch für ihre Beziehung zueinander durch das Hinzukommen eines hilflosen Kindes erreicht: Die Mutter kann ihre eigene Unreife kontrollieren indem sie sich um das unreife hilflose Kind kümmert und ihm gegenüber übertüchtig wird. Es entsteht ein emotionales Gleichgewicht in festgefügter Funktionsweise - "eine interdependente Triade", in der das Kind die Schlüsselfigur innehat; es wird funktionalisiert für das Überleben aller. In der Beziehung zum Kind stellt die Mutter zwei Forderungen: Einerseits auf sehr subtile, nachdrückliche, unbewußt übermittelte Art: es soll hilflos bleiben. Andererseits offen verbalisiert, hart gefordert: Es soll ein begabter und reifer Mensch werden. Die verbale Ebene steht dabei in diskretem Widerspruch zur Handlungsebene. Die Forderungen und Sorgen, die bezüglich dem Kind geäußert werden, entsprechen im Sinne der Projektion den eigenen externalisierten Unzulänglichkeiten. Die Situation wird charakterisiert als eine, die als Gefühl bei der Mutter beginnt und zur Realität beim Kind wird. Das rapide Wachstum in der Adoleszenz, wodurch es viel schwieriger wird, die Symbiose in einem emotionalen Gleichgewicht zu halten, und der scheiternde Versuch, die psychologische Schädigung mit den Anforderungen des Erwachsenenlebens in Einklang zu bringen, gelten als auslösende Momente für die Psychose beim Kind.

3.2.8. "Das gefühlsgestörte Kind als Sündenbock der Familie" nach Vogel, E.F., Bell, N.W. (96)

Die Autoren kommen bei ihren Untersuchungen zur These, daß zur Herstellung einer Familieneinheit und zum Erhalt des emotionellen Gleichgewichtes die Mitglieder ein besonderes Mitglied, den Schizophrenen, zum Sündenbock der Gruppe stempeln, basierend auf dem allgemeinen Phänomen, daß Einheit durch Projektion der inneren Feindseligkeit nach außen oder auf eine Person hergestellt werden kann, Projektion als Ventil für Spannungen, als Basis für Solidarität. Als Ursachen der zur Sündenbockjagd führenden Spannungen werden zum einen tiefe Ängste der Ehepartner bezüglich ihrer Beziehung und ihres Verhaltens angeführt, über die es keine direkte Verständigung, sondern Ausweichen, Verheimlichung gibt, zum anderen Konflikte auf der Ebene kultureller Wertorientierungen zwischen den Ehepartnern oder zwischen ihnen und ihrer nächsten sozialen Umwelt. Aufgrund des Bedürfnisses, von der außerfamiliären Umwelt akzeptiert zu sein, ist es naheliegender, ein eigenes Kind zum Sündenbock zu machen, zum symbolisch geeigneten Objekt, auf das alle Ängste konzentriert werden können, ähnlich wie ein Traum eine Vielzahl vergangener und gegenwärtiger Probleme verdichtet.
Je nach Art der innerfamiliären Konflikte wird ein Kind mit abnorm guten oder sehr schlechten Leistungen, mit besonderen körperlichen Merkmalen, mit besonderen charakterlichen Ähnlichkeiten z.B. mit einem Elternteil als Symbol gewählt oder die Wahrnehmung des Kindes wird in geeigneter Weise dabei verzerrt. Damit das auserwählte Kind an seinem problematischen

Verhalten festhält, muß es genügend verstärkt werden, so durch ein in hohem Maße widersprüchliches Verhalten, durch Gewährung einer beträchtlichen sekundären Befriedigung, so Aufmerksamkeit, Entbindung von Verantwortung, durch vordergründig konträres Verhalten der beiden Elternteile, durch Inkonsequenz.
Es wurden verschiedene Methoden der Rationalisierung der Sündenbockjagd festgestellt, die zur Aufrechterhaltung des stabilen Gleichgewichtes und zur Befreiung von Schuldgefühlen der Eltern dienten:
Die Eltern bezeichnen sich selbst als Opfer der Situation, sie verweisen nachdrücklich darauf, wie gut es den Kindern gehe, wie viel höher der Lebensstandart im Vergleich zu früher sei, wie gleich sie die eigenen Kinder behandelten oder das Verhalten des Kindes wird als vorsätzliche Bosheit, nicht als emotionelle Störung oder innere Problematik interpretiert, so daß Tadel und Strafe angebracht erschienen. Die gesamten Manöver dienen dazu, trotz großer Konflikte und Spannungen das Zusammengehörigkeitsgefühl der Familie zu wahren und die Elternpersönlichkeiten so zu stabilisieren, daß sie den Anforderungen der Gesellschaft genügen oder wenigstens nur ein Minimum an Schwierigkeiten im Wirtschafts- und Sozialsystem haben.
Andererseits stehen diesen Funktionen der Sündenbockjagd einige Dysfunktionen entgegen, zum einen die aus der Gestörtheit des Kindes erwachsenden realen Probleme, Sonderaufgaben, Zeit- und Geldaufwendungen, andererseits mit zunehmendem Alter und zunehmendem außerfamiliären Kontakt der Druck der Außenwelt aufgrund der mangelnden Anpassungsfähigkeit des Kindes sowie die damit wachsende Gegenaggression des Kindes selbst.

3.2.9. Zusammenfassung

In Zusammenfassung aller psychodynamisch-psychogenetisch orientierter Forscher läßt sich festhalten, daß sie die Entität der Familie und nicht nur den Patienten zum Gegenstand ihrer Forschung und Behandlungseinheit machen. Durch therapeutische Annäherung an die gesamte Familie werden pathologische Gleichgewichtsmuster angegriffen und die Homöostase der Familiengruppe günstig verlagert.

3.3. Biochemische Forschungen zur Schizophreniegenese

Schöpf (75) stellt in einem Übersichtsartikel die drei heute aktuellsten Hypothesen auf dem Gebiete der Neurochemie dar. Auf weitere Übersichtsarbeiten bei Smythies (81) und Kanig (38) sei verwiesen. Aufschwung erhielt diese biochemische Grundlagenforschung zum einen durch die sogenannten Modellpsychosen durch Halluzinogene, so die Amphetaminpsychose, LSD und Meskalinwirkungen, die nach Strömgen (87) den echten Schizophrenien am ähnlichsten seien. (Siehe auch (36)). Weitere Bestätigung fand die biochemische Theorie durch die dopaminähnliche Struktur der antipsychotisch wirksamen Neuroleptika, sowie deren Neutralisationsvermögen von Amphetamineffekten. Mit Schöpf (75) ergeben sich zusammenfassend folgende Forschungsansatzpunkte:

1. Dopaminhypothese der Psychose
2. Transmethylierungshypothese: Durch Störungen bei der Methylierung biogener Amine können auch biologisch vorkommende Aminmetaboliten in Halluzinogene umgewandelt werden, es kommt zu einem gestörten Katecholaminstoffwechsel.

3. Hypothese der Noradrenalinverarmung, dessen Bedeutung in seiner integrativen Funktion für die Zielgerichtetheit von Handlungen und für die Einheit des Erlebens gesehen wird.

Weitere Forschungsansätze liegen beim Histamin- und Tryptophanstoffwechsel.

Wie die meisten anderen Theorien steht auch die biochemische Schizophrenieforschung noch im Stadium der Hypothetik, ohne noch integrierende stichhaltig beweisende Thesen postulieren zu können. Ebenso bleibt die Integration anderer, z.B. psychogener, lebensgeschichtlicher Forschung offen und wünschenswert. Denn um den alten Streit zwischen Somatikern und Psychikern tilen zu können, müßten alle Beteiligten sich vor Augen halten, daß geistige Vorgänge nicht von biochemischen Reaktionen begleitet sind, sondern per se biochemische Reaktionen sind, oder mit Praag (68) ausgedrückt: "Es gibt keine Verhaltensstörung ohne Substrat im Gehirn." Die Frage, ob cerebrale, biochemische Vorgänge oder psychologische und soziale Faktoren am Ausgangspunkt der Kausalkette stehen, bleibt hierbei jedoch wieder offen.

3.4. Ergebnisse der Vererbungsforschung zur Schizophreniegenese

Die genetische Schizophrenieforschung stützt sich im Wesentlichen auf zwei Untersuchungsmethoden, die Zwillingsforschungen und die Adoptionsstudien. Bei den älteren Zwillingsforschungen von Kallmann (37) und Slater (79) wurden Konkordanzraten der Schizophrenieerkrankungen bei monozygoten Zwillingen von 86% bzw. 68% gefunden; bei dizygoten lagen die Konkordanzraten nur bei 15%.

1963 fand Tienari (93) jedoch bei 16 eineiigen Zwillingen eine Schizophreniekonkordanz von 0%, korrigierte dieses Ergebnis jedoch 1968 auf 6-36% aufgrund einer Erweiterung der diagnostischen Kriterien und bei weitester Fassung des Konkordanzbegriffes.

Zwischenzeitlich werden unter anderem von Kringlen (44) die Fehlerquellen der älteren Untersuchungen aufgezeigt, so z.B.

1. Fehler bei der methodischen Auslese bei Gewinnung der Serien (z.B. schwere Defektschizophrenien aus Anstalten)
2. Verschiedene diagnostische Maßstäbe
3. Fehler bei der Zygositätsdiagnose
4. Bei der statistischen Behandlung der Daten.

Aufgrund eigener Ergebnisse postuliert Kringlen Konkordanzraten von 20 - 40% bei monozygoten, von 10% bei dizygoten Zwillingen, wobei er seine Serien aus norwegischen Geburtenlisten und den zentralen Psychoseregistern gewann. Zerbin-Rüdin (103) bezeichnet die Aussage diskordant-konkordant als zu grob, als willkürliche Dichotomie und fordert eine feinere Aufgliederung der Konkordanz, die sie bei Gottesmann (25) und Shields (77) verwirklicht sieht: Diese untergliedern die Partner von schizophrenen Zwillingsprobanden in vier Gruppen und stellen bei einer strengen Schizophreniediagnose eine Konkordanz von 42%, bei Hinzuziehen andersartiger Psychosen von 54%, bei zusätzlichen nichtpsychotischen Normalabweichungen und Neurosen von 79%. Lediglich 21% der monozygoten Zwillingspartner waren bei ihnen psychisch unauffällig. Andere Autoren weisen im Gegensatz zu oben genannten Untersuchungen auf wesentliche physiologische Unterschiede in der Entwicklung monozygoter Zwillinge hin,

so Campion und Tucker (15), bzw. auf die unterschiedlichen perinatalen Bedingungen sowie unterschiedlichen lebensgeschichtlichen Umstände auch bei monozygoten Zwillingen (so Pollin u. Mitarb. (66, 67), und relativieren somit die obengenannten Konkordanzraten. Mit Zerbin-Rüdin (103) können aufgrund der mehr oder weniger identischen z.B. schizophrenogener Umwelt der Zwillinge die Konkordanzraten nicht als eindeutiger Beweis für die Heredität gewertet werden.
Zur näheren Erforschung dieses Familieneinflusses wurden die Adoptionsstudien, insbesondere von Rosenthal (72) sowie von Heston und Denney (29) durchgeführt, die beide bei den genetisch vorbelasteten Kindern eine signifikant hohe Anzahl von schizophrenen Psychosen im späteren Leben fanden. Andere Autoren, so Benjamin (8), Anhänger der Psychogenese wie D.D. Jackson (35), Mendell und Fisher (58), jedoch auch Autoren auf dem Gebiet der Genetik, wie Neel und Shull (61) sowie Müller H.J. (59) bezweifeln mit vielen Fragen, Hinweisen und Kritiken die Gültigkeit der Zwillings- und Adoptivstudien.
Klinische Falldarstellungen und psychodynamische Studien mit Zwillingen so von Kasanin (39), Oatman (62), Adler und Magruder (2) sowie Lidz (53) warfen die Frage auf, ob nicht das Bündnis zwischen den Zwillingspartnern eine ebensogroße Rolle bei der Gleichartigkeit der Symptome eineiiger Zwillinge spielt wie die biologische Vererbung.
Sosehr also die Evidenz einer stark genetischen Komponente in der Schizophrenieätiologie von der einen Seite betont wird, sosehr bezweifelt eine andere Seite, ob die Untersuchungen auf nicht-genetische Faktoren hinreichend kontrolliert wurden. Neel und Shull (61) behaupten, daß die genetischen Untersuchungen bisher

oft mit mehr Sturheit als Scharfsinn durchgeführt worden seien. Auch Lempp (49) weist in einer Studie daraufhin, daß die Prävalenzrate der Schizophrenie durch die Zwangssterilisation im dritten Reich nicht meßbar reduziert worden sei.
Die meisten Schizophrenieforscher vertreten heute in einer polyätiologischen Sichtweise eine Hypothese der Polygenie und siedeln gleichzeitig die psychodynamischen Mechanismen bei der Übersetzung vom Genotyp in den Phänotyp an, bei der Manifestation der Abnormität mit Krankheitswert auf der Grundlage einer erbbedingten vermehrten Vulnerabilität.

3.5. Weitere Erklärungsmodelle der Schizophrenieätiologie epidemiologischer, transkultureller, soziologischer Natur

Um die sogenannten lebensgeschichtlichen, exogenen Faktoren bei der Schizophreniegenese näher definieren zu können, gibt es zahlreiche weitere, den Rahmen dieser Arbeit sprengende Untersuchungen; von Strömgen (88) werden sie folgendermaßen zusammengefaßt: "Die Umgebungsfaktoren scheinen sehr heterogen zu sein, einige davon sind somatischer, andere psychologischer Natur". Weitere Übersichtsarbeiten bei Bleuler, M. (10, S. 443-445), Lutz (55, S. 15-18), Benedtti (6), Dohrenwend und Dohrenwend (17), Fischer, M. (23), Lempp, R. (50), Pause (64) u.a..

Verschiedene Untersuchungen versuchen eine Korrelation zwischen Schizophreniehäufung und dem mehr soziologisch als psychodynamisch verstandenen Begriff des "broken home", was jedoch zwischenzeitlich als zu

grober Begriff abgelehnt wird, um die subtilen Störungen zu erfassen. Durch die Untersuchungen von Myers, K. (60) und Roberts, B.H. wird dieser Begriff inzwischen als ungeeignet disqualifiziert. Eine Untersuchung von Paschedag (63) kann signifikante Merkmale von Familien Schizophrener und groben soziologischen Kriterien, so z.B. die Frage nach unehelicher Geburt, Änderung der Familienstruktur, wechselnde Betreuung des Patienten, nicht bestätigen.

Epidemiologische und transkulturelle Untersuchungen haben nach Redlich, F.C. (70) keine definitiven Beiträge zum Ätiologieproblem geliefert. Es wird jedoch bei ihm festgehalten, daß das Vorkommen und die Verbreitung der Schizophrenie in der untersten sozialen Schicht ungewöhnlich hoch ist, eine stärkere Abstiegstendenz wird jedoch negiert. Neuere Untersuchungen negieren die Häufung der Schizophrenie in den untersten sozialen Schichten.

Existenzialistisch orientierte Psychiater sehen in der Schizophrenie eine Lebensweise, eine Daseinsform, Vertreter der soziogenetischen Ansichten, welche das pathogenetische Feld über die Familie hinaus auf die menschliche Gesellschaft hin ausweiten, beziehen unter anderem auch die psychiatrische Institution als wesentliche Bestandteile des Komplexes in ihre Überlegungen ein. Verrücktheit liegt für sie nicht in einem Menschen, sondern in einem Bezugssystem. Wichtigste Vertreter sind Cooper (16), Laing und Esterson (46), Basaglia und Slavich (4).

3.6. Theorie der frühkindlichen Hirnschädigung

Bei mehreren Autoren, so hauptsächlich Lempp, R. (50) werden immer wieder direkte und indirekte Hinweise auf das Vorkommen der frühen Hirnschädigung bei späteren Schizophrenen betont.
Bestätigt wird die These Lempps durch Arbeiten u.a. von Pollin und Stabenau (67), Handford (27), Brody (14), und Stevens (84), Keppler (40).
Lempp sieht die schizophrene Psychose basierend auf einer anlagebedingten oder in der Regel frühkindlich erworbenen, fehlenden oder mangelhaften Fähigkeit zum Aufbau und Erwerb einer stabilen Realitätsbeziehung. Diese mangelnde Fähigkeit sieht er als organisch begründete Teilleistungsschwäche mit Aufhebung oder Minderung der Fähigkeit, akustisch, optisch oder taktil aufgenommene Reize optimal zu differenzieren, auf ihre wesentlichen Merkmale zu reduzieren, zu kodieren, zu assoziieren, zu dekodieren und zu reproduzieren. An diesem erschwert erworbenen Realitätsbezug wird starr festgehalten, Nebenrealitäten in Form von Phantasievorstellungen können nicht oder nur gering zugelassen werden, da sie die mühsam aufgebaute eindimensionale Realitätsbeziehung gefährden würden. Die Entlastung und Abreaktion psychisch belastender Momente im Rahmen von Nebenrealitäten ist so erschwert oder verunmöglicht. Unter so zunehmender psychischer Belastung und ungünstigen Umweltbedingungen kommt es zum Zerbrechen der starr eindimensionalen Realitätsbeziehung, die durch fehlende Übung im Umgang mit dem Überstieg in andere Realitätsebenen nicht oder nur erschwert zurückgewonnen werden kann. Eine Nebenrealität wird zum einzig verfügbaren Realitätsbezug.
Beim Schwachsinn entsteht nach Lempp ein mit der

übrigen Umwelt übereinstimmender fixierter Realitätsbezug nicht oder nur rudimentär aufgrund einer sehr weitgehenden Störung der Differenzierung und Verarbeitung der Umweltreize. Beim autismus infantum ist der Aufbau einer "gemeinsamen Realität" durch starke Differenz zwischen Teilleistungsschwächen und Teilfähigkeiten verhindert, es entsteht jedoch eine nur für das Individuum verbindliche, den erhaltenen Fähigkeiten entsprechende "individuelle Realität". Bei der Neurose ist der Kranke entweder nicht in der Lage unter dem belastenden Druck der "gemeinsamen Realität" vorübergehend auf Nebenrealitäten auszuweichen, er kann jedoch dem Druck der Realität noch standhalten. Oder der Neurotiker weicht auf eine Nebenrealität aus, wertet sie zur Hauptrealität, wobei dieser Überstieg für ihn jedoch reversibel ist.

3.7. Zusammenfassende Bemerkung zur Ätiologie

Eine befriedigende, allgemein anerkannte und bewiesene ätiologische Erklärung der Schizophrenie steht nach wie vor aus. Die Anzahl der verschiedensten Hypothesen wächst zwar beständig, viele davon sind außerordentlich interessant, die meisten sind jedoch noch nicht hinreichend verifiziert und bieten daher weiterhin Anlaß zu weit auseinanderklaffenden Meinungen.
Eine postulierte Vererbungsweise ist unbekannt, die Differenzierung von psychoseverursachenden Ereignissen und durch die Psychose ausgelösten Prozessen ist offenbar schwierig, die Frage, warum bestimmte Fehlkonstellationen, Umweltreize, Lebensschicksale einmal zur Krankheit führen, das anderemal nicht, nach wie vor eine Herausforderung. Viele Autoren verfolgen in

diesem Labyrinth von Erklärungsansätzen die sogenannte multikausale oder plurikonditionale Theorie, wobei ihre spezielle Forschungsrichtung sich sicherlich auf einzelne Faktoren konzentriert. Ein viele ansprechendes Schema lautet (nach 70, S. 731): Zumindest einige der Schizophrenien sind durch einen konstitutionellen, möglicherweise genetischen Defekt gekennzeichnet. Dieser biologische Faktor wäre als Enzymsystem zu denken, das an den kritischen neuralen Systemen wirksam wird in dem Sinne, daß dieses eine Streßreaktion zeigt, eine Überaktivierung ohne reales Korrelat. In der Kindheit könnte ein solcher Zustand zu einer größeren Verwundbarkeit gegenüber Verwirrungen in der Umgebung führen. Bedingungen, die eine starke Ich-Entwicklung begünstigen, würden eine vernünftige Funktionsweise ermöglichen, andere den Ausbruch der Krankheit fördern. Es ist dann eine weitere Entscheidung, an welchen Konditionen es möglich ist einzugreifen, zu verhindern, eine Prävention zu betreiben, bzw. in gerade diesem Bereich die Forschungen und Erkenntnisse zu präzisieren.
H.J. Weitbrecht (in 85) formuliert: "Es ist als Fortschritt zu begrüßen, daß der Endogenitätsbegriff nicht mehr in dem Ausmaße von der Vorstellung mechanistischer Unentrinnbarkeit und der Gewißheit geprägt ist, daß die Zeitbombe unweigerlich dann explodieren wird, wenn ihr nur von biologisch determinierten Kausalketten gesteuertes Uhrwerk die Zündung auslöst." Stieler (85) in Zepf (102) formuliert: "Erkrankungen und angebliche Anlagen legen einen Spielraum fest, innerhalb dessen die Persönlichkeitsentwicklung vonstatten geht. Indessen ist bereits hier die Entwicklung nicht linear-mechanisch

determiniert: Die Anlagen sind zwar nicht omnipotent, aber doch multipotent. Die "natürlich" vorgegebenen Bedingungen hindern zwar, daß der Mensch "alles" werden kann, aber ermöglichen ihm doch, "vieles zu werden". Letztlich ist es ein ideologisch weltanschauliches Problem, wie der alte Streitpunkt, die Innen - Außen - Dialektik gesehen wird.

IV) KONZEPTION DER GESAMTARBEIT, INDEXGRUPPE, METHODE

4.1. Indexgruppe

Es wurden mittels Computer alle Patienten der Geburtsjahrgänge 1945 - 1965 namentlich und mit Geburtsjahrgängen ermittelt, die zu irgendeinem Zeitpunkt in ambulanter oder stationärer, kinder- oder jugendpsychiatrischer Behandlung der Universitäts-Nervenklinik Tübingen waren. Diese Erfassung ergab ca. 22.000 primär kinder- und jugendpsychiatrisch behandelter Patienten der obengenannten Jahrgänge.
Es ist hier anzumerken, daß die konsequente Dokumentation erst seit 1960 durchgeführt wurde.
Diese Patientenliste wurde von uns mit den Aufnahmebüchern mehrerer psychiatrischer Landeskrankenhäuser und Nervenkliniken Baden-Württembergs, die in den näheren Einzugsbereich der Universität Tübingen gehören, verglichen (so Universitäts-Nervenklinik Tübingen - Erwachsenenabteilung, PLK Zwiefalten, PLK Weissenau, PLK Winnenden, PLK Wiesloch, Bürgerhospital Stuttgart, Psychiatrische Abteilung Rottenmünster). Den Direktoren der genannten Einrichtungen sei an dieser Stelle herzlich für die Erlaubnis der Einsichtnahme in ihre Archive und Krankenakten gedankt.
Dabei wurden zunächst alle an beiden Einrichtungen behandelten Patienten ermittelt, ohne zunächst die gestellten Diagnosen zu kennen. Erst nach Durchsicht der in den Archiven gelagerten Krankenakten der oben ermittelten Patienten konnte die Gruppe eruiert werden, die nach ehemaliger kinder- oder jugendpsychiatrischer Behandlung der Universität Tübingen später unter der

Diagnose einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis in einer Erwachsenenabteilung behandelt wurde. Schizophrene Patienten wurden hier ohne Berücksichtigung der Untergrupppen der Schizophrenie erfaßt, jedoch unter Ausschluß von Mischpsychosen, Pfopfpsychosen, Borderline-Fällen oder diagnostisch unklaren Patienten. Diese Patientengruppe mit einer effektiven Fallzahl von 67 Personen war letztendlich Gegenstand unserer weiteren Untersuchungen. Dabei kann die Fallzahl von 67 Personen keinesfalls als Hinweis für die Erkrankungshäufigkeit an Schizophrenie früher kinderpsychiatrischer Patienten gewertet werden (- wir beschränkten uns auf einige wenige PLK's und Nervenkliniken Baden-Württembergs, - es besteht die Fehlerquelle der manuellen Datenerhebung in Aufnahmebüchern und Archiven, - einige Krankenakten von Personen, die zu der zu untersuchenden Gruppe gehört hätten, waren nicht auffindbar), sondern diente lediglich als beliebig großes Kollektiv von Patienten, die unsere obengenannten Bedingungen erfüllten.

4.2. Methode

In einem weiteren Arbeitsgang wurden nun die Krankenakten dieser 67 Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie untersucht. Später oder anderenorts erhobene Daten wurden nicht mitverwendet. Die Auswertung der Krankengeschichten erfolgte zunächst an Hand eines von uns erstellten, sehr umfassend angelegten Punktekataloges (siehe Anlage), der soziale Daten der Person und Familie, Schwangerschafts- und Geburtsverlauf, frühkindliche Entwicklung, schulische Entwicklung, Familienanamnese, körperlicher und neuro-

logischer Status, psychischer Befund bei Anamnese-erhebung, die geschilderte Familiendynamik, die inner- und außerfamiliären Beziehungen, die Diagnose sowie die Ergebnisse der psychodiagnostischen Test-methoden erfaßte. Hierbei waren selbstverständlich die theoretisch möglichen Fragestellungen durch das vorhandene, z.T. sehr unterschiedliche umfassende Material der Krankenanamnesen begrenzt, gesuchte Daten waren nicht in jedem Fall erhoben, es konnte nur auf eine unterschiedlich große Informationsmenge zurückgegriffen werden. Eine standardisierte, statistisch relevante Datenerhebung konnte aufgrund der Vorgehensweise nicht durchgeführt werden, war jedoch auch nicht Absicht unserer Untersuchungen.
Es können in unserer Arbeit zwei Arten von Ergebnissen unterschieden werden: Zum einen die in einem hohen Grade objektivierten und standardisierten Informationen, so insbesondere Sozialdaten, gestellte Diagnosen, körperliche und neurologische Untersuchungsergebnisse. Zum anderen Informationen über Persönlichkeitsstruktur, Beziehungsgefüge, Verhaltensweisen, .. der unter-suchten Patienten, die mehr ein allgemeines Bild, einen Gesamteindruck vermitteln. Hierfür wurde die Darstellungsform von Fallgeschichten verwendet, indem die in den Akten erhaltene Information in ein Gefüge gebracht wurde, möglichst oft in Form wörtlicher Zitierung des damaligen Referenten. Nach der Art der nach Erstuntersuchung im Kindes- oder Jugendalter ge-stellten Diagnose wurde die Gesamtarbeit mit 67 Kranken-anamnesen in drei Teile unterteilt:
Gruppe I bildeten die Patienten, bei denen nach Erst-untersuchung keine Psychose diagnostiziert wurde und auch kein Verdacht auf eine Psychose gestellt wurde, sondern vielmehr neurotische Störungen, Reifungs-,

Pubertätskrisen, Verhaltensauffälligkeiten, Milieuschäden, Drogenabusus usw.. Sie umfaßt eine Fallzahl von 27.
Gruppe II bildeten die Patienten, bei denen bereits bei Erstuntersuchung die Diagnose einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis gestellt wurde oder zumindest ein dringender Verdacht geäußert wurde. Dies ergab eine Fallzahl von 28.
Gruppe III bildeten alle Personen, bei denen primär eine Oligophrenie oder deutliche Minderbegabung als Ursache der Störung gesehen wurde und kein Psychoseverdacht geäußert wurde. Desweiteren wurden hierunter einige Fälle subsumiert, die mehr neurologische Diagnosen bekamen. Fallzahl der Gruppe III: 12 Patienten.
Nach gemeinsamer praktischer und theoretischer Vorarbeit und Informationserfassung wurde die Arbeit dann getrennt von mir und Herrn A. Rotar bearbeitet, wobei die von mir bearbeitete Indexgruppe sich auf Patienten der Gruppe I beschränkten.

4.3. Kritik der Methode

In kritischer Beurteilung der gewählten Methodik muß auf folgende Fehlerquellen verwiesen werden: Erstere ergibt sich wohl bei jeder Beurteilung und Beschreibung von Persönlichkeitsstrukturen, Verhaltensweisen und zwischenmenschlichen Beziehungen: Die der subjektiven Gefärbtheit des Dargelegten durch den Referenten und Untersucher. Dies muß bei der vorliegenden Arbeit in zweierlei Hinsicht berücksichtigt werden:
1. Grundlage unserer Arbeit sind schriftlich festgehaltene Krankenanamnesen: Welche Fakten, Begeben-

heiten, Verhaltensweisen und Äußerungen dem damaligen Untersucher als auffällig, erwähnenswert, wichtig erschienen, was er bei der damaligen Begegnung erfragte, die Art und Weise wie er es in der Anamnese darstellte usw. ist sicherlich nicht objektiv, sondern stark von der Person, Denkweise und Ideologie des jeweiligen Untersuchers sowie von seinem nosologischen Konzept abhängig, ebenso wie von den äußeren Umständen der Begegnung (Zeit, Ort, Anlaß, Dauer...).

2. Bei der Auswertung der schriftlich festgehaltenen Krankenanamnesen für die vorliegende Arbeit muß sicherlich wiederum eine von uns als Zwischenuntersucher subjektiv gefärbte Art der Darstellung, Betonung oder Unterlassung von Einzelheiten berücksichtigt werden. Dies gilt insbesondere auch deswegen, als die Akten noch ohne Unterteilung in Untergruppen von Herrn Rotar und mir zusammen ausgewertet wurden. Unsere gewählte Methodik, die Auswertung von Kinderanamnesen späterer Schizophrener enthält anamnestische und katamnestische Momente. Bei der Anamnese ist der Ausgangspunkt ein manifestes Krankheitsbild, man sammelt Faktoren aus der Vorgeschichte eines Patienten, die Ursachen für das bestehende Krankheitsbild sein könnten. Die Katamnese hat eine angenommene Ursache als Ausgangsbasis, im Verlauf der Katamnese sollen alle Folgen dieser Ursache erfaßt werden. Die Probleme, die bei jeder Anamneseerhebung auftauchen, sind die der Glaubwürdigkeit der gegebenen Antworten und die Frage der Erinnerungsfähigkeit, wenngleich diese bei unserer Arbeit weit weniger ins Gewicht fällt, als bei im Erwachsenenalter erhobenen Kinderanamnesen. Berücksichtigt werden muß die mögliche Beschönigung negativer Tendenzen, oder die Hervorhebung positiver

Eigenschaften der Kinder bei der Befragung der Eltern, die wohl auf der Angst der Eltern beruhen mag, im Umgang mit dem Kind schuldhaft versagt zu haben. Dies mag wohl auch entsprechend dem Schweregrad der Erkrankung oder der zur Untersuchung führenden Probleme variieren, so daß in unserem Fall die Aussagen der verschiedenen Gruppen nicht unbedingt miteinander verglichen werden können.
Andererseits liegt es in der Natur der Komplexität der vorliegenden Beziehungsprobleme, daß die anamnestische Methode sich hier nur bedingt tauglich erweist. Mit Foudraine (24) gesprochen herrschen in diesen Familien massive Verleugnungen auf dem Boden großer Ängste und Schuldgefühle. Um die extrem pathologischen Beziehungen in diesen Familien zu analysieren und in die Tiefe zu dringen, kann man nicht nur eine kurze Anamnese durch Stellung von Fragen erheben, denn die dauernde Beeinträchtigung der Ich-Differenzierung geht in erster Linie auf stille Weise vor sich.
Lempp und Wacker (51) haben desweiteren darauf hingewiesen, daß anamnestisch gewonnene Hinweise, die aber, bei einer parallelen Untersuchung mit einer Vergleichsgruppe nicht gefunden werden, den Rang von Beweisen einer ursächlichen Bedeutung für dieses Ereignis haben. Eine solche Vergleichsgruppe existiert bei unserer Untersuchung nicht, es wäre sicherlich eine lohnende Erweiterung der Untersuchung, Vergleiche zwischen Personen mit gleicher Kindheitsproblematik und Kindheitsdiagnose, die später nicht schizophren wurden, anzustellen. Katamnestische Momente werden insofern gefunden, als bei der Zweitauswertung der Krankenanamnesen die verschiedenen Theorien der Schizophreniegenese bekannt waren, und wir nach Kriterien der Bestätigung der verschiedenen Theorien

suchten. Einschränkend muß hier folgendes vermerkt werden: Die Kinderanamnesen wurden alle ungefähr in den Jahren 1960-1970 erhoben, zu welchem Zeitpunkt noch sehr viel mehr Gewicht auf neurologische Untersuchungsmethoden wie Liquorpunktionen, Pneumencephalogramm u.ä. gelegt wurde und eine Familientheorie noch nicht im heutigen Umfang bekannt war. Umgekehrt können gerade daher vermerkte Auffälligkeiten des innerfamiliären Milieus gewichtiger gewertet werden, insofern sie nicht Ausdruck einer gewollten Bestätigung einer vorgegebenen Theorie sind.
Kritisch vermerkt werden muß desweiteren die unterschiedliche Genauigkeit in der Anamneseerhebung, abhängig vom Schweregrad des gegebenen Krankheitsbildes in der Kindheit und dem Untersuchungsanlaß; so wurden die Anamnesen aufgrund einer Schulproblematik oft sehr viel oberflächlicher erhoben als beispielsweise eine Anamnese, die unter dem Verdacht einer Psychose oder anläßlich eines gerichtlichen Gutachtens. Vergleiche der Gruppen I, II, III sind daher nur bedingt möglich. Auf das Problem der Diagnosestellung der Schizophrenie sei nur am Rande eingegangen. Es ist in der Literatur vielmehr belegt, wie schwankend und problematisch die Vorstellung von Schizophrenie ist und wie abhängig vom jeweiligen Arzt die Stellung der Diagnose. Weder im Kindesalter bei der Gruppe II noch bei den Erwachsenen wurden diese Diagnosen oder die Kriterien, die zu ihrer Stellung veranlaßten, überprüft, obwohl sie von vielen verschiedenen Ärzten gestellt wurden. Ebenfalls nicht überprüft wurde die Gültigkeit und Aussagekraft der meist angewandten diagnostischen psychologischen Testverfahren, es wurden die Ergebnisse ohne kritische Wertung übernommen.

V) FRAGESTELLUNG DER HIER VORLIEGENDEN ARBEIT

In der vorliegenden Arbeit wurden die 27 Krankenakten ausgewertet, bei denen nach kinderpsychiatrischer Erstuntersuchung noch keine Psychose oder ein Verdacht auf eine psychotische Entwicklung diagnostiziert wurde, sondern häufige Störungen der Entwicklungsphase, so Reifungs-, Pubertätskrisen, neurologische Störungen, Verhaltensauffälligkeiten oder Milieuschäden.
Wie schon angedeutet, liegt die Wichtigkeit dieser Krankengeschichten gerade darin, daß die Vorgeschichte und Schilderung der familiären Umwelt nicht unter dem Eindruck der Diagnose einer Psychose erhoben wurde und so keine irgendwie geartete Umwelttheorie, die, wie gesagt, damals noch nicht so publik war, die Feder geführt hatte. Läßt sich hier nun richtungsweisend eine prämorbide Persönlichkeits- und Problemstruktur späterer Schizophrener nachweisen, gibt es frühe Merkmale einer Psychosegefährdung bei Kindern, die mehr Möglichkeiten einer besseren Prävention eröffnen als bisher bekannt? Welche Familienatmosphäre herrscht bei den prämorbid auffälligen Kindern? Geben die Schilderungen von Konfliktsituationen und Familienbeziehungen, die nicht unter dem Eindruck einer Psychose erhoben wurden, Hinweise auf psychosegefährdende Interaktionsmuster oder andere Ursachen? Welche der bekannten vielfältigen Theorien und Hypothesen zur Schizophreniegenese erhält durch diese Untersuchung anterograd eine Bestätigung? Hätten sich bei größerer Aufmerksamkeit Möglichkeiten eines früheren therapeutischen Eingreifens ergeben, um die psychotische Dekompensation zu verhindern, d.h. zeigen sich hier Wege einer wirksameren Prävention, Signale für brüchige, spaltende zerreißende Stellen? Läßt sich

ein qualitativer oder quantitativer Unterschied zu den Familien neurotischer feststellen?

VI) DARSTELLUNG UND BESCHREIBUNG DER ERGEBNISSE, VERGLEICHE MIT DER LITERATUR

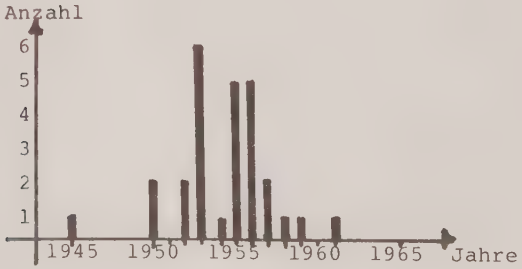
6.1. Allgemeine Merkmale der untersuchten Gruppe

6.1.1. Geschlechtsverteilung

männlich 16 ≙ 59%
weiblich 11 ≙ 41%
gesamt 27 ≙ 100%

Nach Bendetti (6, S.7, Teil I) besteht eine divergente Geschlechtsverteilung der Schizophrenie im Durchschnitt nicht. Auch ergeben sich keine wesentliche Unterschiede in der Geschlechtsverteilung der einzelnen Untergruppen (62,6% männlich, 37,3% weiblich). Generell liegt jedoch für jugendpsychiatrisch auffällige Kinder eine Knabenwendigkeit vor, meist angegeben mit 2:1 bis 3:1, die hier nicht in diesem Ausmaße bestätigt werden kann.

6.1.2. Geburtsjahrgänge (1945 - 1965)



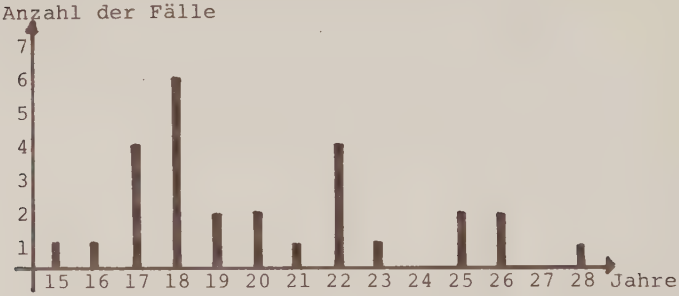
Es fällt hierbei eine Häufung der Fälle zwischen 1950 und 1960 auf, ohne daß hier wohl ein Rück-

schluß auf eine soziokulturell bedingte Häufung des Auftretens von Schizophrenie gezogen werden kann. Es ist hierbei zu berücksichtigen, daß die Registrierung kinder- und jugendpsychiatrisch Behandelter in Tübingen erst seit 1960 erfolgte.

6.1.3. Alter bei der Erstvorstellung:

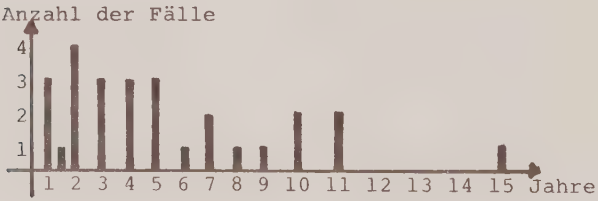
Das Durchschnittsalter liegt bei 14,25 Jahren bei der Erstvorstellung, in der Gesamtgruppe bei 14,5 Jahren. Es besteht somit in der Gruppe I kein verwertbarer Altersunterschied bei der Erstvorstellung im Vergleich mit der Gesamtgruppe. Erste Symptome und Auffälligkeiten traten also gehäuft im Pubertäts- und Adoleszentenalter, nach der Einteilung von Klosinski (43) in der Hochpubertät auf. Hierbei zeigt sich ein um zwei Jahre jüngeres Durchschnittsalter der Mädchen im Vergleich zu den Jungen (13 Jahre bei den Mädchen, 15,1 Jahre bei den Jungen). Dies entspricht den bei Klosinski festgehaltenen Ergebnissen, und dürfte mit der um 1 1/2 bis 2 Jahre früher einsetzenden Pubertät bei den Mädchen erklärt werden können.

Alter bei Stellung der Schizophreniediagnose:



Das Alter bei Stellung der Schizophreniediagnose betrug im Durchschnitt 20,25 Jahre bei der Gruppe I, somit ca. 6 Jahre später als bei den Patienten der Gruppe II.

Intervall zwischen den Diagnosen:



Im Durchschnitt ergeben sich 5,2 Jahre Zwischenraum zwischen Erstbehandlung und Stellung der Diagnose " Schizophrenie", dem Zeitpunkt der wohl eindeutigen psychotischen Dekompensation. Laut Eggers (18) ist das Manifestationsalter auch wichtig für die Prognose und psychopathologische Systematologie. Es wäre interessant, war jedoch nicht Gegenstand unserer Untersuchung,

in Verlaufsbeobachtungen festzustellen, ob die Patienten der Gruppe I mit dem späteren Manifestationsalter und der nicht plötzlichen psychotischen Dekompensation sowie einem früheren Therapiebeginn tatsächlich günstigere Verläufe zeigten.
Jüngstes Manifestationsalter in unserer Untersuchung waren 15 Jahre, 7 Jahre war das jüngste Alter bei der Erstvorstellung. Dies ist interessant im Hinblick auf die doch unterschiedlichen Meinungen in der Literatur, ab welchem Alter sich eine schizophrene Psychose erstmals manifestieren kann. Unsere Untersuchung würde eher die Auffassung Rutters (73) bestätigen, daß schizophrene Psychosen sehr selten vor der Pubertät auftreten. Nimmt man andererseits den ersten Zeitpunkt der wesens- und verhaltensmäßigen Auffälligkeiten, die retrospektive aufgrund des späteren, doch eindeutig psychotischen Zusammenbruchs als erste Zeichen der Psychose gewertet werden können, so liegen diese doch oft vor dem 10. Lebensjahr und bestätigen die Ansicht Ch. Eggers (18), der Phänomene psychotischer Valenz bereits vor dem 10. Lebensjahr findet. Unsere Ergebnisse sprechen hier eher für die Zurückhaltung und Vorsicht der Tübinger Kliniker, Kinder und Jugendliche sehr früh als schizophren zu diagnostizieren angesichts der speziellen intrapsychischen Dynamik dieser Altersgruppe, für die nach J. Zauner (101) eine selektive Beeinträchtigung der Realitätsprüfung, eine unterschiedliche Wahrnehmung der Umwelt, eine Schwierigkeit in der Selbstkritik und die Unbeständigkeit der

Gefühle usw. als normale Phase gelten kann. Auch nach Bosch (11) geht dem Ausbruch einer Psychose eine abgrenzbare Zeit nichtpsychotischer Vorentwicklung voraus. Die Entscheidung, ob die kindhaft einsetzenden Wesens- und Verhaltensauffälligkeiten bereits psychotischer Natur sind oder nur uncharakteristische Vorläufer der späteren psychotischen Entwicklung sind, ist sicherlich sehr schwer. Eine ganz früh im Kleinkindesalter auftretende Schizophrenie, wie es unter anderem Bender (5) und Lempp (48) für möglich halten, konnte in unserem Krankengut weder als manifeste Erkrankung noch in seinen möglichen Prodromi erfaßt werden.
Der sehr viel später liegende durchschnittliche Erkrankungsbeginn an Schizophrenie bei den Untersuchungen von M. Bleuler (9) ist mit unseren Ergebnissen wohl kaum vergleichbar, zum einen, wie Bleuler selbst vermerkt, daß in seinem Krankengut weniger psychiatrisch hospitalisierte Kinder und Jugendliche vorkommen, da diese eher in privaten Kliniken untergebracht wurden, zum anderen ist die Aufmerksamkeit für verhaltensmäßige Auffälligkeiten bei Kindern erst in späteren Jahren als denen 1942/43 bei Bleuler gestiegen. Die kinder- und jugendpsychiatrische Disziplin ist jüngeren Alters.
Unser Ergebnis, Beginn der Symptomatik in der Hochpubertät und Manifestation der Schizophrenie in der Spät- bis Postpubertät wird durch die Theorien und Beobachtungen vieler psychodynamisch orientierter Forscher bestätigt: Das Kind wächst in einer sich isolierender

Familiengruppe auf mit eigenen Kommunikationsstilen, Denkweisen, Wahrnehmungen und Realitätsdeutungen. Das Überschreiten dieser Familienbegrenzungen in der Adoleszenz führt zu einer Entwicklung einer kulturellen und kommunikativen Desorientiertheit, zum Zusammenprall zweier Realitätsorientierungen. (100) Zitat eines Patienten Stierlins (86): "Ich hätte leicht in der Welt leben können, hätte sie sich so erwiesen, wie Mutter sie mir dargestellt hat. Aber als ich älter wurde, erkannte ich, daß die Welt anders ist und ich brach zusammen." Auch nach Bowen (12) ist das Wachstum des Kindes in der Adoleszentenzeit der wichtigste Stimulus für den Ausbruch einer akuten Psychose. Andererseits beziehen sich die Untersuchungen und Hypothesen vieler Familienforscher ausdrücklich (100, S.45) auf Psychosen der Spätadoleszenz und des frühen Erwachsenenalters, also nicht auf Schizophrenie im allgemeinen oder auf "Prozeßschizophrenien".

6.1.4. Art der Behandlung bei Erstuntersuchung und ihre Relation zum Diagnoseintervall:

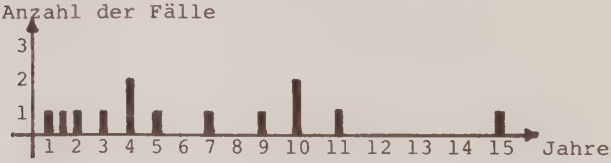
ambulant:	14
stationär:	13
gesamt:	27

Intervall zur Schizophreniediagnose in Relation zur Art der Behandlung:

ambulante Behandlung:

Durchschnittlich zeigt sich also ein Intervall von 4,3 Jahren Intervall zur Stellung der Schizophreniediagnose bei den ambulant behandelten Patienten.

stationäre Behandlung:



Durchschnittlich also ein Intervall von 6,34 Jahren bis zur Stellung der Schizophreniediagnose stationär behandelter Kinder.

Es ergibt sich somit ein Unterschied von zwei Jahren im Behandlungsintervall zwischen ambulant und stationär Erstbehandelten. Nimmt man, was nicht beweisbar ist, die stationäre Behandlung als Indikator für eine schwerwiegende Symptomatik bei der Erstvorstellung, so hätte man ein umgekehrtes Ergebnis erwartet.

Es stellt sich die Frage, ob eine frühere, ernstere, intensivere Intervention eine längere Stabilisierung der Person erreicht hatte. Hier läge ein möglicher Ansatzpunkt für Prävention. Allerdings wurde weder die Dauer noch die Intensität der therapeutischen Begleitung nach Erstvorstellung von uns festgehalten.

6.2. Soziale Charakterisierung der Patienten und ihrer Familien

6.2.1. Umstände der Geburt:

ehelich:	23	erwünscht:	4
unehelich:	2	unerwünscht:	4
unbekannt:	2	nicht erwähnt:	19

Zwei Patienten wurden unehelich geboren (sechs in der Gesamtgruppe), vier Kinder waren ausdrücklich geplante Wunschkinder (neun in der Gesamtgruppe), wogegen vier Kinder ausdrücklich unerwünscht zur Welt kamen (vier in der Gesamtgruppe). Ohne dies in seiner Bedeutung individuell gewichten zu können, hat die Geburt des Kindes in immerhin 10 von 27 Fällen eine besondere Bedeutung eingenommen: Eine uneheliche Geburt war wohl sozial in den fünfziger Jahren noch sehr viel ungewöhnlicher und stigmatisierender als zur heutigen Zeit, mit der ausdrücklichen Erwünschtheit eines Kindes können besondere Erwartungen und Bedürfnisse der Elternpersonen bezüglich des Kindes angenommen werden (im Sinne: das Kind

soll meine enttäuschten Lebenswünsche erfüllen, siehe Fall 17). Wenn nach ca. 14 Jahren von den Eltern die ausdrückliche Unerwünschtheit des Kindes in einer Anamneseerhebung erwähnt wird, so deutet dies doch auf eine negative Wende des Lebensweges der Eltern hin durch die Geburt des Kindes (im Sinne Vogels und Bells (96), daß ein Kind aufgrund solcher Problematik zum Beispiel zum Sündenbock erwählt werden könnte).

6.2.2. Aufenthalt des Kindes bei der Erstvorstellung:

		in der Gesamtgruppe
Eltern (davon 5mal alleinerziehende Mütter):	23	56
Großeltern:	1	2
Heimunterbringung:	3	6
unbekannt:	0	3

In sieben Fällen der Gruppe I wurden früher oft wechselnde Aufenthalte erwähnt.
Unter Berücksichtigung der Fälle, bei denen das Kind bei einer alleinerziehenden Mutter wohnte, lebten 9 von 27 Kindern, d.h. 1/3 der Fälle der Gruppe I, in nicht vollständigen oder in gar keiner Familie. Es ist nicht erlaubt, diese Tatsache allein als negativ auf die Entwicklung des Kindes sich auswirkend zu werten (es gibt viele gesunde Heimkinder, heute viel alleinerziehende Eltern), erst an Hand der Fallgeschichten und der individuellen Betrachtungsweise kann man dieser Tatsache evtl. eine pathologische Bedeutung zumessen. Die in sieben Fällen geschilderten wechselnden Aufenthalte

des Kindes lassen Rückschlüsse auf eine mangelnde Festigkeit in den Beziehungen des Kindes zu. Im psychoanalytischen Sinne sind konstante Beziehungen in bestimmten Lebensphasen Voraussetzungen für eine ich-erstarkte (Freud) oder ich-integrierte (M. Klein) Persönlichkeit, die dann wiederum reife Objektbeziehungen eingehen kann.

6.2.3. Geschwisterzahl:

Im Durchschnitt hatten unsere Patienten 2,1 Geschwister (in der Gesamtgruppe ebenfalls 2,1). Drei von 27 sind Einzelkinder (in der Gesamtgrupppe 9 von 67), wobei die überwiegende Anzahl der Geschwister zum Zeitpunkt der Erstvorstellung auch noch mit dem Patienten zusammenlebt, lediglich drei leben z.T. ausbildungsbedingt anderenorts.

6.2.4. Position in der Geschwisterreihe:

1. Kind	16 mal
2. Kind	8 mal
3. Kind	2 mal
4. Kind	1 mal

In sechzehn Fällen nimmt unser Patient die Position des Ältesten ein, d.h. in 59% der Fälle der Gruppe I (Gesamtgruppe 43%). Noch unerprobte Erziehungsmethoden der Eltern, eine eventuell strengere Erziehung, die Frustration durch die Geburt von jüngeren Geschwistern trifft auch nach Schulte und Tölle insbesondere das erste Kind. Älteste und Einzelkinder wachsen zunächst oder ganz mit den Erwachsenen auf und müssen ihre gesamte Wertwelt und Maßstäbe an denen der Erwachsenen messen. Es ist natürlich nur im Einzelfall zu entscheiden, wie diese Situation in der Bewertung der Psychogenese zu werten ist. (Siehe auch Lempp 50, S. 34). Entgegen den Ergebnissen von Paschedag (63), läßt sich bei uns eine eindeutige Häufung von ältesten Kindern in der Geschwisterreihe vermerken. (Zusammen mit den Einzelkindern 70% der Fälle). Als Ergebnis der Frage der Geburtrangtheorie wird von Bendetti (6) unter Berücksichtigung mehrerer Autoren eine Häufung unter Erstgeborenen und Jüngsten in der Familie dargestellt. Ersteres wird durch unsere Untersuchung bestätigt, letzteres nicht.

6.2.5. Religionszugehörigkeit:

römisch katholisch	4 mal
evangelisch	9 mal
unbekannt	13 mal

Dieses Merkmal wurde in der Anamnese nur sehr wenig registriert, sodaß es als auswertbare Beobachtung untauglich erscheint.

6.2.6. Familienstand der Eltern zum Zeitpunkt der Erstvorstellung:

verheiratet	20 mal
geschieden	3 mal
in Scheidung	1 mal
verwitwet	1 mal
ledig	1 mal
unbekannt	1 mal

Neben zwanzig nach außen hin intakten Familien waren sechs, d.h. 22% durch Scheidung, Tod oder Unehelichkeit im Sinne einer Normalfamilie dezimiert, bzw. führen eine Änderung der Familienstruktur (in der Gesamtgruppe 21%). Vor allem die Scheidung und der Tod bedeutet sicher einen entscheidenden Eingriff in die psychische Entwicklung des Kindes, wobei die vorhergehende Störung des inneren Milieus bei der Scheidung hinzukommt. Insbesondere im Sinne der psychoanalytischen Theorie wären Störungen der Identitätsfindung, bzw. der Auseinandersetzung mit dem Ödipuskomplex zu erwarten. Zählt man zu diesen äußerlich nicht

intakten Familien die Fälle hinzu, wo wechselnde Aufenthalte oder Heimunterbringung das Zusammenleben in einer äußerlichen Normalfamilie hindern, so ergäbe dies immerhin eine Fallzahl von 16 von 27, d.h. 59%. Sicherlich sagt ein Zusammenzählen dieser äußerlichen Merkmale nichts über das innere Milieu und die psychische Auswirkung im individuellen Fall aus. Einzelbeispiele für schädigende Auswirkungen können jedoch durchaus angeführt werden (siehe Fallbeispiel 14). Zwischenzeitlich werden ja allgemein weniger die größeren Milieuschäden wie "broken homes", die als computergerechte Daten erfaßbar sind, als ursächlich angeschuldigt, sondern mehr die latenten emotionellen Spannungen, Mißtrauen, verdrängte Aggressionen, kommunikative Irrationalität und Rollenkonflikte, die bei äußerlich intakten Familien ebenso oder auch mehr vorhanden sein können. Umgekehrt deuten Scheidung und Heimunterbringung eindeutig auf chronische Spannungen hin.

6.2.7. Wohnort:

Stadt	16 mal
Land	5 mal
unbekannt	6 mal

Diese Verteilung entspricht wohl weitgehend dem Einzugsgebiet der Universität Tübingen. Sehr große Städte, in denen nachgewiesenermaßen vermehrt Schizophrenie zu finden ist, liegen nicht im Einzugsbereich, sodaß hierzu keine Aussage möglich ist.

6.2.8. Betreuung in den ersten Lebensjahren:

Mutter	15 mal
sonstige Personen	9 mal
unbekannt	3 mal

In neun Fällen wurden die Kinder nicht direkt von den Eltern oder der Mutter betreut, unmittelbare Erziehungsperson war hierbei in sieben Fällen die Großmutter, in zwei Fällen eine Kinderschwester. Die Erhebung solcher Information geschah in der Vorstellung, daß Störungen in diesen frühen Entwicklungsphasen ebenso wie Änderung der Familienstruktur usw. die Herausbildung gesunder primärer Objektbeziehungen beim Kind behindert haben könnten, wenngleich die Art der Erhebung so nur äußere objektive Tatbestände erfaßt und subtile Vorgänge auf psychodynamischer Ebene vernachläßigt. Die Fallgeschichten lassen hier eher einen geringen Einblick in die Bedeutung der Abgabe der Erziehungsfunktion zu.

6.2.9. Weitere im Haushalt lebende Personen:

		Bruder der Mutter	1 mal
		Tanten	3 mal
ja	12 mal	davon Freund der Mutter	1 mal
nein	11 mal	Kinderschwester	2 mal
unbekannt	4 mal	Großonkel	1 mal
		Großeltern	6 mal

In zwei Fällen lebten gleich zwei zusätzliche Personen in der Familie mit.

Die Frage nach weiteren am Familienleben unmittelbar teilnehmenden Personen zielt darauf ab, weitere, von den Eltern unabhängige Erziehungseinflüsse zu ermitteln. Es wäre gut vorstellbar, daß solche Konstellationen bevorzugt double-bind ähnliche Strukturen haben und das Kind am Aufbau eines festen Wertsystems mehr gehindert werden könnte, wenn miterziehende Erwachsene eigene Erziehungsvorstellungen konkurrierend gegen die Eltern durchsetzen. Ebenso könnte das enge Zusammenleben mit weiteren Familienangehörigen Indiz für unverarbeitete Abhängigkeitsprobleme der Eltern sein im Sinne von Lidz und Mitarbeitern (52).

6.3. Sozialer Status der Familie

6.3.1. Beruf des Vaters:

			Gesamtgruppe
akademischer oder selbstständiger Beruf	9 mal 4 mal	= 13 = 48%	21 mal = 31%
angestellter Beruf/ Beamte	5 mal	= 18%	11 mal
Facharbeiter ungelernter Arbeiter	3 mal 2 mal	= 5 = 18%	14 mal = 19 mal 5 mal
unbekannt	4 mal		4 mal

6.3.2. Beruf der Mutter:

Hausfrau	11 mal
akad. Beruf	2 mal
angest. Beruf	4 mal
selbstst.	1 mal
Arbeiterin	1 mal
unbekannt	8 mal

6.3.3. Einkommensverhältnisse:

gut, keine Schwierigkeiten	15 mal
finanzielle Probleme	5 mal
keine Angabe	7 mal

Es ergeben sich in unserer Untersuchung bezüglich des Berufs des Vaters des Patienten eine deutliche Häufung akademischer und selbstständiger Berufe von 48%, dies auch deutlich häufiger bei Gruppe I im Vergleich zur Gesamtgruppe. Mit jeweils 18% finden sich angestellte Berufe und Beamte sowie Arbeiter. Im Vergleich zur Gesamtgruppe, in der ja die sofort als psychotisch diagnostizierten Kinder mitinbegriffen sind, ergibt sich dort eher eine größere Anzahl von Arbeiterkindern. Da in unserer Gesellschaft die soziale Position einer Familie in erster Linie durch den Beruf des Mannes gekennzeichnet ist (die hohe Anzahl nicht berufstätiger Mütter und bezüglich des Berufes nicht erwähnten Mütter bestätigt dies zumindest noch zum Zeitpunkt der Anamneseerhebung), ergibt sich deutlich ein Trend zur sozial bessergestellten Familie.

Die Angaben über die Einkommensverhältnisse, die mit 15 mal als gut und nur mit 5 mal als schlecht erwähnt wurden, bestätigen diese Aussage, wobei angenommen wurde, daß bei den sieben Fällen unbekannter Einkommensverhältnisse zumindest keine eklatanten Probleme in dieser Beziehung existierten.
Sicher kann diese Erhebung nur einen Trend aufzeigen. Die Kategorisierung ist sicher sehr grob, nach genaueren Positionen konnte nicht untergliedert werden. Es erhebt sich bei der deutlicheren Überrepräsentation der höheren Berufsgruppen die Frage, ob dies nicht dem durchschnittlichen Patientengut der Universitäts-Klinik mit seinem höheren Anteil an Akademikern entspricht. Eine Felduntersuchung von B. Keyser (41) über die soziale Gliederung der Patienten der Kinder- und Jugendpsychiatrie Tübingen 1974-1976 widerlegt diesen Einwand, insofern insgesamt die Gruppe der behandelten Arbeiterkinder deutlich über dem Durchschnitt der Bevölkerung Baden-Württembergs liegt, umgekehrt die Akademikerkinder im Patientengut eher etwas unterrepräsentiert sind.
Wird unterstellt, daß die auftretenden Symptome bei den Kindern meiner Untersuchungsgruppe erste Prodromi einer späteren Psychose waren, so widerspricht der Trend der Ergebnisse den allgemeinen Angaben über die soziale Stellung der Familien Schizophrener.
Freedman und Redlich (70) betonen die Wahrscheinlichkeit, daß Vorkommen und Verbreitung der Schizophrenie Erwachsener in den untersten sozialen Schichten ungewöhnlich hoch sind, der

Befund von Rimon u.a. (71) weist in dieselbe Richtung bei der Untersuchung im Jahr 1966, wenngleich eine Zunahme psychischer Störungen in den höheren Schichten konstatiert wird. Andererseits kamen alle Patienten der Gruppe I mit Störungen zur Behandlung, die noch nicht als Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis diagnostiziert wurden. Es könnte somit angenommen werden, daß Angehörige höherer sozialer Klassen früher von sich aus eine psychohygienische Institution aufsuchen und somit schneller in ein Behandlungsprogramm aufgenommen werden, was sicher für die Prognose entscheidend ist.
Diese Annahme sowie der Einfluß des sozialen Status auf den Krankheitsverlauf wird von Bendetti (6) bestätigt. Es erhebt sich auch die Frage, ob die Verhaltensweisen und die Dynamik Familien höherer Klassen eher geeignet sind eine psychotische Dekompensation hinauszuzögern. Andererseits erfolgt die Ablösung der Kinder vom Elternhaus in akademischen Familien sehr viel später, ein Zeitpunkt, der ja prädestiniert zur psychotischen Dekompensation.

6.4. Verlauf der körperlichen Entwicklung

6.4.1. Schwangerschaftsverlauf:

normal	22 mal ≙ 81%		
auffällig	5 mal ≙ 19%	davon Hyperemesis	1 mal
		Blutungen	1 mal
		Eklampsie	1 mal
		Ödeme	1 mal
		Kreislauf-schwäche	1 mal

Eine Bewertung der Daten ist aufgrund des Fehlens einer Vergleichsgruppe nicht möglich, man kann jedoch nicht den Eindruck einer besonderen überdurchschnittlichen Häufung von Schwangerschaftskomplikationen gewinnen, die als Hinweis auf eine pränatale Schädigung gewertet werden könnten. Diese Tendenz bestätigt die genauere Untersuchung von W. Keppler (40) mit einer Vergleichsgruppe von Unfallpatienten, die keine vermehrte Schädigung der späteren Schizophrenen ergab. Die Untersuchungen Lempps (50) laufen in die gleiche Richtung.

6.4.2. Geburtsverlauf

normal	23 mal			
auffällig	4 mal	davon:	14 Tage zu früh	2 mal
			Asphyxie	1 mal
			Zangengeburt	1 mal

In acht Fällen ausdrückliche Klinikgeburt, einmal eine Hausgeburt, in 18 Fällen war der Ort der Entbindung unbekannt.
Auch hier läßt sich eine Bewertung ohne Vergleichsgruppe nicht vornehmen, ein subjektiver Eindruck verneint eine besondere Häufung perinataler Komplikationen.
Prä- und perinatale Komplikationen können als mögliche Hinweise auf eine frühkindliche Hirnschädigung gelten, die nach Meinung mehrerer Autoren, wie Lempp (50, Taft und Goldfab (92) und Keppler (40), Woerner, Pollak und Klein (99), Mednick (57), Pollin und Mitarb. (66), bei Schizophrenen häufiger zu finden ist und so in

der Genese der Schizophrenie eine Rolle spielt. Die vorliegende Untersuchung ist zur Untersuchung dieser Faktoren sicher ungeeignet, läßt aber andererseits keine derartige Tendenz erkennen.

6.4.3. Säuglingszeit

normale Entwicklung	24 mal
verzögerte Sauberkeit	1 mal
verzögertes Sprechen	2 mal

In einem Fall wurde eine stationär behandlungsbedürftige Erkrankung im Säuglingsalter (Ernährungsstörung, Rachitis, Ikterus) zudem erwähnt.

6.4.4. Kleinkindliche Entwicklung bis zur Einschulung

normal	19 mal
leicht verzögert	1 mal
auffällig	4 mal
keine Angabe	3 mal
Auffälligkeiten:	
Stottern, Stammeln	3 mal
selektiver Mutismus und Nägelkauen	1 mal

Eine besondere Auffälligkeit in der früh- und kleinkindlichen Entwicklung im Sinne einer Tendenz zum Pathologischen erscheint bei den erwähnten Einschränkungen der Methode nicht gegeben, die Entwicklungen werden größtenteils als normal angegeben, in einigen Fällen wird

die besonders befriedigende glückliche Kleinkinderzeit explizit erwähnt (in Bestätigung von L. Hill 30). Auffällig erscheint jedoch, daß fast alle angeführten Störungen sich auf die sprachliche Entwicklung beziehen, so verzögertes Sprechen, Stottern, Stammeln, selektiver Mutismus, welche ja im Zusammenhang mit der Schizophrenie von besonderer Bedeutung zu sein scheint. Harbauer (28) zitiert diesbezüglich den Kinderpsychiater Kanner, der sich mit dem frühkindlichen Autismus, einem Krankheitsbild, das in einer Reihe mit der Schizophrenie gesehen werden muß, befaßt: Bei der Hälfte seiner Kinder findet dieser jahrelange Mutismen und Sprachbesonderheiten.
Rutter (73) sieht bei der "childhood psychosis" als Charakteristikum unter anderem Sprachentwicklungsstörungen und aphasische Störungen. Nach Verlaufsuntersuchungen mehrerer Autoren (so Eisenberg, Kanner, Rutter, Weber) hängt die Prognose sowohl eines kindlichen Autismus wie einer kindlichen Schizophrenie wesentlich von der prämorbiden Intelligenzentwicklung und dem Sprachvermögen der Patienten ab.
Andererseits muß erwähnt werden, daß Sprachabnormitäten bei kleineren Kindern allgemein sehr häufig sein sollen (so auch Lutz (55)).

6.5. Schulische Entwicklung, Schulleistungen

6.5.1. Kindergartenbesuch

ja	8 mal
nein	1 mal
keine Angabe	18 mal, somit wegen der Häufung fehlender Angaben nicht verwertbar.

6.5.2. Schulart zum Zeitpunkt der Erstvorstellung oder vorher

		Gesamtgruppe
Grundschule	3 mal = 11%	3 mal
Hauptschule	4 mal = 15%	24 mal
Realschule	7 mal = 26%	14 mal
Gymnasium	10 mal = 37%	16 mal
Sonderschule	2 mal = 7%	5 mal
keine Angabe	1 mal	5 mal

6.5.3. Schulleistungen zum Zeitpunkt der Erstvorstellung

sehr gut - gut	8 mal	dabei: 11 mal Leistungsknick
durchschnittlich	5 mal	
schlecht	10 mal	7 mal konstante Schulleistungen
		9 mal hierzu keine Angabe

6.5.4. Intelligenzquotient, ermittelt durch HAWIK + HAWIE

Mädchen (10 Fälle)

80	90	1 mal durchschnittlich
100	117	1 mal hoch intelligent
122	86	1 mal keine Angabe
106		durchschnittlich, somit IQ 100.

In einem Fall deutliche Divergenz zwischen Handlungs- und Verbalteil, sonst ausgeglichene IQ-Profile.

Jungen (17 Fälle)

110	113	2 mal gut durchschnittlich
135	93	1 mal überdurchschnittlich
115	68	
123	118	5 mal keine Angabe
103		durchschnittlich, somit ca.

ein IQ von 109. Insgesamt ausgeglichene Intelligenzprofile.

6.5.5. Liste der angeführten Schulschwierigkeiten

- Klassenkaspar
- Grundschule Klassenprimus, jetzt schlecht, unbeteiligt
- Angst wegen Schlägen des Lehrers
- jetzt nachlassende Leistungen
- erst gut, dann Konzentrationsschwierigkeiten, Vergeßlichkeit
- Konkurrenz mit Zwillingsschwester, stark wechselnde Leistungen
- Frage der Einschulung
- bis zur 3. Gymnasiumklasse sehr gut, dann Leistungsknick, aufsässig, lächerlich
- Auffassungsstörungen, Konzentrationsstörungen, Vater hat große Angst vor den Prüfungen des Kindes, was sich überträgt
- bis zur 4. Klasse gut, dann Rechenschwäche, Schulschwänzen
- bisher sehr gute Schülerin, jetzt Leistungsknick, Konzentrationsschwäche, Gleichgültigkeit, Bauchschmerzen bei erhöhten Anforderungen

- gute Leistungen, keine Schwierigkeiten
- zunächst durchschnittliche Leistungen in der Waldorfschule, dann Interesselosigkeit, kann vom Lehrer nicht mehr "geführt" werden
- Angst vor Prüfungen bei durchschnittlichen Leistungen
- bisher gute Leistungen, dann Leistungsknick, Oppositionshaltung, provozierendes Verhalten
- enorm große Angst vor Schule, Schulschwänzen
- Schulleistungen abnehmend
- sehr gute Leistungen, Teilmutismus
- fühlt sich in der Schule unglücklich, Angst
- erst gute Leistungen im Gymnasium, dann nicht anpassungsfähig, Aggressionen gegen Lehrer, Stören und Schwänzen des Unterrichts
- fühlt sich insuffizient bei hohen Leistungserwartungen der Eltern
- braver Schüler, Betragen immer sehr gut, Griechisch schlecht
- durchschnittliche Leistungen, faul
- schwierig zu halten wegen Frechheit, Mittelpunktsbedürfnis
- Schmerzen in Extremitäten seit Schule, unkonzentriert
- keine Angabe in zwei Fällen

Bei der Art der besuchten Schule ergab sich eine deutliche Tendenz zum Bereich weiterführender höherer Schulen. Faßt man Gymnasiums- und Realschulbesuch zusammen, so ergeben sich hierbei 68%. Die Schulleistungen wurden 13 mal als durchschnittlich bis sehr gut angegeben, in immerhin 10 Fällen als schlecht, wobei zu berücksichtigen ist, daß in 11 Fällen ein

registrierbarer Leistungsknick eingetreten ist, d.h. die Leistungen vorher besser gewesen sind, was als ein häufiges Prodrom einer beginnenden schizophrenen oder psychischen Dekompensation gewertet werden kann. Der Intelligenzquotient, ausschließlich ermittelt durch den HAWIK, beträgt bei den Mädchen durchschnittlich 100, bei den Jungen 109. Setzt man die Grenze zur überdurchschnittlichen Intelligenz bei 115 an, eine durchschnittliche Intelligenz zwischen 95 und 110, so lagen 8 Patienten im überdurchschnittlichen IQ Bereich, 8 im gut durchschnittlichen, nur 5 im Bereich einer mäßigen intellektuellen Begabung. Diese Festlegungen sind jedoch mit Vorsicht zu treffen, da die Intelligenzquotienten im wesentlichen während oder nach Abklingen einer akuten Krankheit oder psychischen Sondersituation ermittelt wurden und dadurch eher eine Verschiebung zur negativen Seite hin wahrscheinlich ist. Sehr deutliche Intertestvariabilität zwischen Verbal- und Handlungsteil konnte nur in einem Fall ermittelt werden, ansonsten handelte es sich um ausgeglichene Profile.

Insgesamt kann ein sehr hohes Schul- und Leistungsniveau konstatiert werden, was gleichsinnig den Untersuchungen von Rebmann (69) und Paschedag (63) ist. Verglichen mit den Untersuchungen von Lempp (50) zeigt sich in dieser Studie eher eine Tendenz zur positiveren Seite hin und entspricht im Ungefähren den Ermittlungen von Ch. Eggers (18, S. 110) bei seinen 57 Patienten, der zudem bei den besser begabten Kindern deutlich leichtere Verläufe und günstigere

Remission fesstellte. Ebenso die Ergebnisse von Stutte (90). Möglicherweise kann dies auch als Begründung der etwas besseren Ergebnisse der Gruppe I gegenüber der Gesamtgruppe dienen. Aus den gesamten Ergebnissen ergibt sich kein Hinweis auf eine frühkindliche Hirnschädigung oder Teilleistungsschwäche. Trotz den guten Gesamtleistungsniveaus war das emotionale Verhältnis der Kinder und Jugendlichen zur Schule fast durchweg gestört und schlecht, häufig gekennzeichnet durch Angst, bzw. auffälliges Verhalten in der Schule, was sehr oft auch Anlaß der psychiatrischen Untersuchungen wurde. Eine Zusammenstellung der Bemerkungen zu den Schulschwierigkeiten läßt einen Eindruck gewinnen. Viele der genannten Auffälligkeiten könnten als Zeichen einer präpsychotischen Persönlichkeit gewertet werden, so Unangepaßtheit, Angst, Leistungsknick, Gleichgültigkeit, körperliche Beschwerden, mangelnde Integration...

6.6. Körperlicher Befund

6.6.1. Allgemeine körperliche Untersuchung

ohne pathologischen Befund	18 mal	
auffälliger Befund	6 mal	
ohne Angabe	3 mal	
Auffälligkeiten:	Hyperhidrosis	1 mal
	Retardierung allg.	1 mal
	Größe unter Altersnorm	2 mal
	Adipositas	1 mal
	Rundrücken	
	Schilddrüsenvergrößerung	1 mal
	Tachykardie	

6.6.2. Neurologische Untersuchung

ohne pathologischen Befund	18 mal	
auffälliger Befund	5 mal	
ohne Angabe	4 mal	
Auffälligkeiten:	Steigerung der Reflexe	1 mal
	schlechte Koordination	
	geringe Seitendifferenz des PSR und ASR	1 mal
	tonisch klon. Stottern	1 mal
	Sigmatismus	1 mal
	periorale Zuckungen	
	Mundfacialisschwäche	1 mal

6.6.3. Röntgen Schädel

ohne pathologischen Befund	9 mal	
auffälliger Befund	4 mal	
ohne Angabe	14 mal	
Auffälligekiten:	Hydrocephale Konfiguration	1 mal
	Gesichtsschädel zu klein	1 mal
	Schädeldysplasie	2 mal

6.6.4. EEG

ohne pathologischen Befund	9 mal	
auffälliger Befund	8 mal, davon später	3 mal o.B.
ohne Angabe	10 mal	

Die EEG-Veränderungen wurden alle als leichte Allgemeinveränderungen beschrieben.

6.6.5. Liquorpunktion

ohne pathologischen Befund	1 mal	
pathologischer Befund	1 mal	= chronisch entzündlich verändert
ohne Angabe	25 mal	

Bei der allgemeinen körperlichen Untersuchung fanden sich ähnlich wie bei den anderen Autoren (z.B. Lempp) keine wesentlichen Auffälligkeiten, die beschriebene körperliche Akkzeleration der körperlichen Entwicklung konnte hier nicht bestätigt werden.
Ebenso ergeben sich bei der neurologischen Untersuchung nur wenige unspezifische Abweichungen, zweimal waren hier wiederum die sprachlichen Besonderheiten angeführt.
Die Ergebnisse der Röntgenuntersuchung des Schädels und der Liquorpunktion sind als Tendenzhinweis hier nicht verwertbar, da diese Untersuchungen bei den Patienten der Gruppe I, wo ja meist nur Verhaltensauffälligkeiten und Erziehungskrisen diagnostiziert wurden, in nur sehr wenigen Fällen durchgeführt wurden.
Eindrücklicher sind die Ergebnisse des Elektroencephalogramms, sieht man von der wiederum hohen Anzahl nicht erhobener Befunde ab, zumal sich mehrere andere Untersuchungen mit den EEG-Befunden bei Schizophrenie schon befaßten.
Von den geschriebenen EEG's unserer Indexgruppe waren immerhin knapp die Hälfte auffällig im Sinne leichter Allgemeinveränderungen. Dies

entspricht ungefähr den Ergebnissen bei Lempp (50) mit schizophrenen, bzw. schizophrenieverdächtigen Kindern. Eine Vergleichszahl, wie oft beim EEG der Normalbevölkerung leichte Allgemeinveränderungen zu finden sind fehlen allerdings. Unterstützt sieht Lempp seine Ergebnisse durch Isermann (34).
G. Huber (33) hat zusammen mit Penin transitorisch, d.h. in aktiven Stadien, ähnliche EEG-Veränderungen wie bei akuten symptomatischen Psychosen in Form abnormer Rhythmisierungen beobachtet. Penin relativiert diese Beobachtungen mit dem Hinweis, daß spezifische Abweichungen nicht gefunden wurden und daß offen bleibt, ob der basale Krankheitsprozeß außer psychopathologischen stets auch hirnelektrische Veränderungen produziert. (65). Ich möchte hinzufügen, daß ebenfalls nicht feststeht, ob die gesehenen Veränderungen primär psychogen oder organpathologisch verursacht sind, da ja jeder seelische Vorgang ebenso sein organisches Korrelat hat. O.H. Arnold (3), Hill (31) und Benedetti (6) gehen in ihren Feststellungen miteinander konform, daß eine Vielzahl verschiedener EEG-Veränderungen beschrieben sind, jedoch keine klar definierten Anomalien. Lempp und Huber sehen die gemachten Beobachtungen jedoch als Bestätigung der Annahme einer organischen Teilgenese im Sinne einer multikonditionalen Ätiologie der Schizophrenie.

6.7. Familienanamnese

Unter Annahme einer von fast allen Autoren postulierten hereditären Komponente bei der Entstehung der Schizophrenie muß die Hypothese aufgestellt werden, daß in den Familien schizophrener Kinder oder späterer Schizophrener häufiger psychiatrische Erkrankungen festgestellt werden können.
Die Ergebnisse der Gruppe I lauten:

Schizophrenie:	Tante	2 mal
	Großmutter	1 mal
Depression:	Mutter	3 mal
	Vater	1 mal
	Großmutter	2 mal
	Tante	3 mal
Suicid, bzw.	Mutter	1 mal
Suicidversuch:	Großvater	1 mal
	Onkel	1 mal
Alkoholismus:	Vater	1 mal
	Großeltern	
	Onkel	1 mal
	Bruder	

Zusammenfassend:	positive Familienanamnese	12 mal	= 44%
	ohne Auffälligkeiten	13 mal	= 48%
	ohne Angabe	2 mal	= 8%

Dabei wurden in einem Fall gleichzeitig der Suicid des Onkels und eine Depression der Mutter angegeben, in einem Fall gleichzeitig die Schizophrenie der Tante und die Depression des Vaters, in einem weiteren Fall gleichzeitig die Depression der Mutter und Tante sowie der Alkoholismus beider Großeltern, des Onkels und des Bruders.

In der gesamten Arbeit bleiben Fragen nach der Familienanamnese 2 mal ohne Angabe = 3%, in 38 Fällen ergeben sich keine Auffälligkeiten = 57%, in 27 Fällen war die Familienanamnese positiv = 40%, dabei neunmal mehrfach, d.h. psychiatrische Krankheitsbilder wurden bei mehreren Personen festgestellt.
Bei der Untergruppe zwei (II) mit der Erstdiagnose Schizophrenie oder V.a. Schizophrenie war die Familienanamnese 9 mal positiv, von insgesamt 28 Fällen, das entspricht 32%, somit besteht eine etwas niedrigere familiäre Belastung als bei der Gruppe I.
In insgesamt 13 Fällen ergab die Erhebung einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis in der Familie der erkrankten Kinder, davon nur dreimal in der Gruppe I, 10 mal hingegen in der Gruppe II.
Eine Schizophrenie der Eltern oder Geschwister, also erstgradiger Verwandter, war bei der Gruppe I nicht angeführt.
Wenn in der Gruppe II mehr Schizophrene in der Aszendenz der Erkrankten zu finden sind, könnte dies als deutlichere, einschränkendere erhebliche Belastung in der Konsequenz gewertet werden, daß die psychotische Dekompensation früher (bei Erstvorstellung) und eindeutiger erfolgt.
Es wäre andererseits, wie auch Lempp zu bedenken gibt, möglich, daß das Vorliegen einer Psychose im familiären Umkreis den untersuchenden Arzt eher veranlaßt, auch beim Kind eine Psychose sicher anzunehmen oder zumindest zu vermuten.
Es ist andererseits auffällig, daß in Gruppe I eine relativ höhere Anzahl irgendwie psychiatrisch belasteter Familien gefunden wird, als in der Gesamtgruppe. Dies als eine Unterstützung der genetischen Theorie zu interpretieren wäre sicherlich falsch.

Die Abnormität der Angehörigen rein konstitutionell zu verstehen und sie mit dem Verlauf beim Patienten in Zusammenhang zu bringen, findet sich heute fast ausschließlich noch in der russischen Literatur. Die Gesamttendenz geht eher in die Richtung, die auffällige Persönlichkeit des Angehörigen in seiner kommunikativen Struktur zu untersuchen, in seinem Einfluß auf die Schaffung eines pathologischen peristatischen Milieus. M. Bleuler betont die Notwendigkeit, die Konstitution nicht unabhängig vom zwischenmenschlichen Verhalten zu erfassen, in dem sie sich konstituiert. Dieser zentrale Punkt bleibt wohl weiter Kern der Auseinandersetzung zwischen genetischer und psychodynamischer Familienforschung.
In der Literatur schreibt Lempp (50, S. 34ff.) in 13 Fällen von 29 schizophrenen Psychosen im Kindesalter von einer positiven Familienanamnese (=45%), bei den Kindern mit lediglich einem Schizophrenieverdacht findet er in einem Fünftel der Fälle eine positive familiäre psychiatrische Belastung.
Wieck (97) findet nur in einem von 16 Fällen eine psychotische Erkrankung in der Familie, Spiel (82) fand in 15 von 40 Fällen kindlicher Schizophrenie eine schizophrene Erkrankung in der Aszendenz, wobei bei psychotischer Erkrankung unter zehn Jahren die Familienanamnese häufiger positiv war. Dies entspricht der Tendenz der vorliegenden Arbeit.
Eggers (18) spricht von einer familiären Belastung in 50% der Fälle, wobei am häufigsten Schizophrenien, dann Suicide, dann Depressionen aufgeführt werden. Er bringt die Familienbelastung zusätzlich in Relation zum Verlauf der Erkrankung; 43% familiäre Belastung fand er bei akut-rezidivierendem Verlauf, 66,6% bei schleichender Psychose. In der Annahme eines

mehr schleichenden Beginns bei den Kindern der Gruppe I würde unsere Arbeit die Ergebnisse Eggers unterstützen, ebenso die von Uschakov (95), der bei einem akuten Beginn seltener eine erbliche Belastung berichtet als bei einem mehr schleichenden Verlauf.

6.8. Charakterisierung des "inneren Familienmilieus", der Atmosphäre

Unter diesem Punkt sollten Eindrücke gesammelt werden, die ein auffälliges Familienmilieu oder gar eine tiefe Störung der inneren Familienatmosphäre aufzeigen, durch die durch Störung der psychischen Entwicklung beim Kind die Disposition für das Auftreten einer Psychose geschaffen werden kann. Besonders wichtig ist hierbei, daß bei der Erhebung der hier ausgewerteten Krankengeschichten und der dort geschilderten familiären Umwelt nicht eine irgendwie geartete fertige Umwelttheorie oder Familientheorie die Feder geführt hatte, da zum Zeitpunkt der Erhebung diese damals noch gar nicht bekannt oder verbreitet waren. Zusätzlich wurden die Daten der Gruppe I nicht unter dem Eindruck der Diagnose einer Psychose erhoben, (wie beispielsweise bei Gruppe II oder bei Katamnesen), sondern großteils unter dem Eindruck von häufigen Routinestörungen der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Andererseits erfahren wir gerade bei der vorliegenden Arbeit relativ mehr als bei der Befragung erwachsener Schizophrener oder deren Angehöriger über familiäre Probleme, Erziehungsmodi der Eltern u.ä., woran sich ein Erwachsener z.T. nicht mehr erinnert oder dies nicht erwähnenswert erscheint. Es ist anzunehmen, daß auffallende Charaktere

der Eltern, abnorme familiäre Probleme oder Beziehungen bei der Erhebung einer Anamnese nur dann festgehalten wurden, wenn sie dem Referenten als direkt ins Auge stechend vorkamen.
Wie im Abschnitt Literaturübersicht (3.2.) bereits angeführt, gibt es sehr viele verschiedene Entwürfe und Hypothesen psychodynamischer Entstehungsmodelle der Schizophrenie, die sich auf die familiären Beziehungen und Kommunikationsmodi beziehen. Es war dabei zusammenfassend festgestellt worden, daß nicht größere Milieuschäden wie "brocken homes", sondern latente emotionelle Spannungen, Mißtrauen, verdrängte Aggressionen, kommunikative Irrationalität, Rollenkonflikte usw. die Familien Schizophrener charakterisieren.
In der üblichen Erhebung einer psychiatrischen Anamnese sind diese Kriterien nur sehr schwer und andeutungsweise festzuhalten, lange tiefe psychotherapeutische Beziehungen zur Gesamtfamilie, wie sie Grundlage der aufgestellten Hypothesen waren, nur mit einem enormen zeitlichen und finanziellen Aufwand zu erreichen. Es kann somit hier kein statistisch relevanter Beweis oder eine exakte naturwissenschaftliche Bestätigung der Familienhypothese geliefert werden, sondern nur auf dem Boden der geäußerten Probleme und festgehaltenen Eindrücke eine Illustration der Familiensituation, keine Verifikation. Dennoch ist die Art und die Häufigkeit gestörter familiärer Beziehungen in der vorliegenden Arbeit beeindruckend und geht in Richtung Bestätigung der Familienhypothesen, welche Tendenz am ehesten beim verstehenden, sich einfühlenden Lesen der aus dem lückenhaft erhobenen Material zusammengestellten Fallgeschichten zu erfahren ist. An Hand einiger Punkte zusammengefaßt

ergibt sich folgendes Ergebnis: (Siehe VIII.1).
In 13 Fällen wurde ausdrücklich der ständige infrafamiliäre Streit, die chronische Spannung, insbesondere unter den Eheleuten angeführt (Fall 2,3,4, 5,8,10,12,14,15,18,19,20,23), sei es nun, daß der Streitpunkt die unterschiedliche Haltung in der Kindererziehung war oder mehr persönliche Probleme zwischen den Ehepartnern selbst.
In mindestens neun Fällen wird die Exzentrizität eines Familienmitgliedes, eine psychopathische Persönlichkeit eines Elternteiles, eine emotionelle Unreife der Eltern mit großer eigener Elternabhängigkeit herausgestellt, was auch in der großen Zahl von weiteren, unmittelbar mit der Kernfamilie zusammenlebenden Familienmitgliedern zum Ausdruck kommt (siehe auch 6.2.9.). (Fallbeispiele: 7,8,9,11,14,15,19,22,24.) Ausdrücklich zusätzliche, mit den Eltern konkurrierende Erziehungspersonen mit eigenen Wertwelten und Normen sind in fünf Fällen zu finden (8,10,11,20,23). Ungelöste, im sexuellen Bereich liegende Probleme, sicher auch von den Eltern nicht verarbeitet, liegen in drei Fällen vor (6,10,11).
Direkte double-bind Situationen oder eine abnorme Überfürsorglichkeit können in mindestens fünf Fällen aufgezeigt werden (3,9,11,17,21). In drei Fällen (21,22) kommt in der Akte eine, den Lebensstil und die Begriffswelt der Eltern bestimmende Realitätsauffassung zum Ausdruck, die sicher von der Norm der Umgebung abweicht.
Eine besonders schwere oder mehrmalige psychotraumatisierende Situation konnte nur in zwei Fällen (11,25) festgehalten werden.
Die ausdrückliche Projektion eigener unerfüllter Ideale auf die Kinder wird in zwei Fällen angeführt (5,17),

verbunden mit sehr hohen Erwartungen und Anforderungen an sie.
In acht Fällen (1,2,4,7,13,16,19,21) ist eine besondere Rivalitätsproblematik unter den Geschwistern, z.T. basierend auf unterschiedlicher Zuwendung und Fürsorge der Eltern angeführt.
Ein auffallendes mangelndes Einfühlungsvermögen und Verständnis von seiten der Eltern in das Kind bis zum offenen Desinteresse am Kind reichend, ist in weiteren acht Fällen festgehalten (2,4,6,7,9,13,16,20).
Sehr häufig finden sich auffallende Dominanzkonstellationen im Autoritätsgefüge der Familie im Sinne eines ausdrücklich über dem anderen dominierenden Ehepartners, sei es nun von männlicher oder weiblicher Seite aus (6,9,11,17,18,20,21,22,23,26).
Zählt man dies alles zusammen, so war lediglich in einem Fall kein intrafamiliäres Problem aufgezeigt, wobei hier insgesamt nur äußerst spärliche Angaben gemacht waren und zur Familiensituation keine Stellung bezogen wurde. In den meisten Fällen häufen sich die Probleme unterschiedlicher Art.
Vergleicht man unsere Ergebnisse mit den Hypothesen der familiendynamisch orientierten Autoren, so läßt sich in vieler Richtung eine Bestätigung der Denkansätze finden. Einzelne Beispiele seien nochmals gesondert aufgeführt: Im Fall Nr. 17 läßt sich die Beobachtung W.M. Brodys bestätigen, der in schizophrenogenen Familien das Netz narzistischer Beziehungen beschreibt, in denen Eltern ihre Kinder in nach außen projezierte Teile ihrer selbst behandeln und ihnen nur die Wahl zwischen völliger Anpassung und völliger Isolation lassen.
Fall Nr. 22 zeigt eine Bestätigung des Ansatzes von Wynne u.a., wo angedeutet ein extremes und kulturell isoliertes Denksystem der Familie zum Ausdruck kommt

und die Konfrontation mit anderen Welten systematisch verhindert wird.
Double-bind ähnliche Situationen im Sinne von Bateson, Jackson u.a. sind oft angedeutet, wenngleich durch die Form der Erhebung schwer aufzeigbar. So in Fall 14 die ständige Aktivität der Mutter, für den Sohn eine männliche Identifikationsfigur zu finden, gleichzeitig ihre systematische Verhinderung solcher Beziehungen, sobald sie der Sohn befriedigend zustande bringt, dies alles in der Gewißheit der Abhängigkeit des Kindes von ihr als alleinerziehender Mutter.
Beispiele von Ehespaltungen im Sinne von Lidz und Mitarbeitern mit ständigen nicht wahrgemachten Trennungsdrohungen, männlich oder weiblich dominierten Kampfehen, mit Ehen zweier unreif abhängiger Partner (Fall 8), mit Übernahme der instrumentellen Rollen durch die Großeltern finden sich in mindestens zwanzig Fällen, z.T. in sehr ausgeprägter Weise. (Hier auch Bestätigung von M. Bowen.)

Die Ergebnisse dieser Arbeit können so als unspezifische anterograde Bestätigung der Bedeutung des double-bind und der gestörten Familiensituation gewertet werden.
Es ist in dieser Arbeit nicht entscheidbar, ob die aufgeführten familiären Störungen bei Schizophrenen häufiger und ausgeprägter sind als beispielsweise bei neurotischen Familien, d.h. ob wir typische, pathognomonische Konfliktkonstellationen finden, ob es qualitativ oder quantitativ verschiedene Momente sind, die das Entstehen einer Psychose wahrscheinlicher machen.
Ch. Eggers fand bei seinen Untersuchungen in 58% der Fälle gestörte Familienatmosphären, ebenso Spiel, andere Zahlen schwanken zwischen 35% (Huber) und 70% (Uschakov).

6.9. Prämorbide Persönlichkeitsstruktur

In Anbetracht der Tatsache, daß die kindliche Persönlichkeit noch nichts Fertiges ist, sondern sich in einem Reifungsprozess befindet, ist es schwierig, eine fest umrissene Charakterstruktur zu beschreiben und zu definieren, also auch den prämorbiden Charakter als auffällig oder unauffällig zu definieren.
Es werden hier die genannten Charakterisierungen aufgelistet, die sowohl die Eltern retrospektive für das Kind angaben, andererseits aber auch der Persönlichkeitseindruck, den der Referent bei der kinder- und jugendpsychiatrischen Vorstellung gewann, wiederum in der Annahme, daß bei dem Patienten der Gruppe I noch keine manifeste Psychose vorlag.

- sehr liebesbedürftig, zutraulich, selbstunsicher, distanzunsicher, aggressiv
- eigensinnig, unruhig
- provozierend, verschlossen, unbewegt, gleichgültig, nihilistisch, depressiv-ratlos, persönlich-verminderte Eigensteuerung
- vergnügt, gut kontaktfähig, keck, distanzschwach, trotzig, andererseits z.T. angepaßt, still, introvertiert, verschlossen, unsicher
- aggressiv gegen Eltern, Außenseiter
- wechselhaft, mal abweisend, dann überschießend Kontakt suchend
- introvertiert, schlecht kontaktfähig, penibel, unruhig, aufsässig
- kindhafte Anspruchshaltung, keine Anpassung
- sehr ängstlich, aggressiv, negativist. Verhalten, gehemmt, antriebsarm
- ängstlich, gehemmt, Schuldgefühle

- gekünstelte Umgangsform, heiter
- steif, gehemmt, Insuffizienzgefühl
- ängstlich, verträumt, Einzelgänger
- gehemmt, verkrampft, schüchtern, kontaktarm, kindlich anklammernd
- selbstunsicher, altklug, ratlos, selbstbeobachtend
- ratlos getrieben, offen, freundlich
- unruhig
- sensibel, differenziert, aggressiv gegen Eltern, im Kontakt zurückhaltend
- differenziert, aggressiv, Außenseiter
- aggressiv, besserwissersich, depressiv, selbstunsicher
- ängstlich, isoliert, schüchtern, zurückgezogen
- sensibel, altklug, freundlich
- ängstlich, verspannt, verschüchtert, initiativlos, sensibel
- gedrückt, initiativlos, aggressiv gegen Eltern, kontaktarm
- provozierend, mißtrauisch, Außenseiter
- 3 mal ohne Angaben

Somit	Kontaktstörungen	84% = 22 mal
	Aggressivität und mangelnde Anpassung	40% = 11 mal
	Introvertiertheit	35% = 10 mal
	Defizit an Expansion	29% = 8 mal
	deutliche Ich-Schwäche	22% = 6 mal
	Psychasthenie (sensibel)	11% = 3 mal

Insbesondere im Bereich des Kontaktverhaltens wurden bei fast allen vorgestellten Kindern und Jugendlichen Auffälligkeiten beobachtet:

- 4 mal ohne Angabe
- zurückhaltend, wollte nicht gern mit anderen Kindern spielen

- keine längere Freundschaft in der Schule, Kontakt zu Freunden für Eltern problematisch
- überall Außenseiter, keine Freunde oder Freundinnen
- zunächst fröhlich und kontaktfähig, dann kontaktarm
- kein Kontakt zu anderen Kindern, still
- zuerst gutes Verhältnis zu Mitschülerinnen, dann kühler
- isoliert, kein Spiel mit anderen Schulkindern
- von Mitschülern als dumm verkauft und herumgestoßen
- schüchtern, teilmutistisch, Kontakt nur mit Schwester
- von anderen Kindern gehänselt
- Außenseiter, wenig Kontakt
- schon immer Einzelgänger, Grübler, für sich
- verkrampft, schüchtern
- Interesse eher von Kameraden an ihm als umgekehrt
- Außenseiter, gehemmt, darf keine Spielkameraden nach Hause bringen
- gehemmt, schüchtern, keine gleichaltrigen Freunde
- deutlich beeinträchtigte Kontaktfähigkeit
- lehnt Schulkameraden ab
- gut kontaktfähig
- anfangs gut Kontakt, dann Außenseiter
- ängstlich-verträumter Einzelgänger
- kontaktarm, wird gehänselt
- Kontaktschwierigkeiten in der Schule, daher ins Internat

Somit finden sich neben vier Fällen ohne Angaben zur Kontaktfähigkeit einmal gute Kontaktfähigkeit und 22 mal = 84% Kontaktstörung, dabei in drei Fällen bei früher guten Kontaktfähigkeit.
Die in der vorliegenden Arbeit gefundenen Charakterisierungen und Beschreibungen der Kontaktfähigkeit entsprechen den Angaben in der Literatur.

Bei den 57 Patienten Ch. Eggers (18) zeigten 31 auffällige Wesenszüge und Verhaltensweisen = 54%, davon 90% im Kontaktbereich, 45% zeigten eine besondere Introvertiertheit, 42% Zeichen eines psychasthenischen Charakters, 26% zeigten vermehrte Aggressivität und Störungen im Aggressionsverhalten, 16% ein Defizit an Expansion und 13% eine deutliche Ich-Schwäche. Es finden sich also auch bei ihm wie bei Spiel (82) überwiegend schizoide Wesenszüge.
Auch Lempp (50, S. 40) und Wieck (97) finden häufig Angaben der Kontaktschwäche, des Einzelgängertums, anankastische Züge, Gehemmtheit und Schüchternheit. Schutte (90) charakterisiert die prämorbide Persönlichkeit ebenfalls mit Kontaktschwäche, Einzelgängertum, Schüchternheit, unkindlichem Ernst, ungewöhnliche Interessensausrichtungen.
Auch M. Bleuler (9) beobachtete insbesondere in der Pubertät erhöhte Irritierbarkeit, Aggressivität und negativistisches Verhalten bei männlichen Jugendlichen, die später an einer Schizophrenie erkrankt sind, an weiblichen Jugendlichen jedoch eher Scheu und Rückzug von den sozialen Kontakten.

6.10. Unmittelbarer Grund für die erste psychiatrische Vorstellung

- Schulschwierigkeiten
- Schulschwierigkeiten, Unruhe, Essensverweigerung, zusammenhangsloses Reden
- Schulschwierigkeiten, Verfolgungsangst, Angst der Eltern vor Suicid
- Wesensänderung, Verhaltensstörung, Prüfungsangst
- Gerichtliches Gutachten: Versuchte Tötung

- Gerichtliches Gutachten: Diebstahl
- Schulschwierigkeiten, Angst, Blinzeltic
- Schulschwierigkeiten, Erziehungsschwierigkeiten, Suicidversuch
- Zwangssymptomatik "Beten"
- Schulschwierigkeiten, Ablehnung der Eltern, Enuresis
- Schulschwierigkeiten, Erziehungsschwierigkeiten, Poriomanie, Angst
- Versagensangst, Müdigkeit, Kopfschmerzen, Übelkeit
- Nägelkauen, Enuresis nocturna et diurna, selektiver Mutismus
- Suicidversuch
- körperliche Mißempfindungen, Angstzustände
- körperliche Mißempfindungen, Angstzustände, Todesvorstellungen
- Wesensänderung, Antriebslosigkeit
- Auffälligkeiten zur Zeit der Periode
- Schmerzen in den Beinen, motorische Unruhe, Haare ausreißen
- Suchtproblem, Unangepaßtheit
- Waschzwang, Depression
- Waschzwang, Vergiftungsangst
- Hinken, Wahnideen, Schulschwierigkeiten
- Schulschwierigkeiten
- Schulschwierigkeiten, Elternkonflikte
- Drogenabusus, Stottern
- Diebstahl

Somit in der Reihenfolge der Häufigkeit, meist jedoch überlappend wegen mehrerer Probleme:

Schulschwierigkeiten	9 mal
körperliche Mißempfindungen, Hypochondrie	8 mal
Angstsymptomatik	7 mal
Erziehungsschwierigkeiten	5 mal

Suicidversuche, Todesvorstellungen	5 mal
Kriminalität	3 mal
Zwangssymptomatik	3 mal
motorische Unruhe	2 mal
Wesensänderung	2 mal
Enuresis	2 mal
Mutismus, Stottern	2 mal
Suchtproblematik	2 mal

Die Gründe, Störungen, die zur psychiatrischen Vorstellung geführt hatten, sind zwar alle auch bei jugendliche Psychosen häufig zu beobachtende Prodromi und Initialsymptome, jedoch keineswegs typisch und spezifisch für das Vorliegen einer Psychose. Wir müssen retrospektive wohl die meisten der genannten Störungen als erste Zeichen einer Psychose werten. In der Literatur werden die Häufigkeiten der Einweisungsgründe ähnlich unseren Ergebnissen beschrieben:
Spiel (82) nennt Mutismus, Verstimmungs- und Angstzustände, Verhaltensschwierigkeiten als häufigste Prodromalerscheinungen.
Auch bei Eggers (18) finden sich unter den häufigsten Prodromalsymptomen wie in der vorliegenden Arbeit Schulschwierigkeiten, Unruhe, Angst, Mutismus und coenästhetische Beschwerden. Es wird jedoch von allen Autoren betont, daß diese Symptome auch eine Entwicklung zur Neurose oder Psychopathie aufzeigen können.
In 11% unserer Fälle war eine kriminelle Handlung Vorstellungsanlaß. Auch bei Eggers begingen 12,3% der Patienten zu Beginn oder im Verlauf der Psychose Straftaten, an erster Stelle Eigentumsdelikte. Er interpretiert dies als Folge der sich deutlich machenden Wesensänderung, die auch in anderen Symptomen, so depressiven Verstimmungen, aggressiven Verhaltensweisen,

Isolierung, Schulschwierigkeiten zum Ausdruck kam (siehe Fall 3). Drei unserer Patienten begingen Suicidversuche, zwei wurden wegen Todesvorstellungen und Vergiftungsangst vorgestellt. Bei Eggers hatten 14 seiner 57 kindlichen Patienten Todesgedanken, 9 Patienten Suicidabsichten, 11 hatten Suicidversuche hinter sich, 3 vollendete Suicide. Die meisten standen auch bei ihm zu Beginn ihrer psychotischen Erkrankung. Dabei waren die prämorbid eher schizoiden, kontaktschwachen, überempfindlichen Persönlichkeiten suicidgefährdeter und prädisponierter zu autoaggressiven Akten. Eggers sieht gerade im Beginn der Erkrankung oder vor dem Ausbruch die gefährliche Phase, wo sich der Patient häufig des drohenden Freiheitsverlustes bewußt wird, was Angst erzeugt.

Dreimal waren bei uns Zwangsvorstellungen Einweisungsgrund. Eggers fand bei acht seiner 57 Patienten Zwangssymptome, meist relativ flüchtig und auf den Beginn der Psychose beschränkt, häufig in Kombination mit depressiven Symptomen, phobischen Zuständen (7 Fälle bei uns) oder mit coenästhetischen Sensationen, wobei diesen z.T. eine Art protektiver Wirkung gegen die psychotische Desintegration zugeschrieben wird. Andererseits wird auf die ubiquitäre Natur von Zwangsphänomenen hingewiesen.

Als weiterer Larvierungstyp der schizophrenen Psychose führt Eggers und Simko (78) die coenästhetisch-hypochondrische Verarbeitungsweise an. In unserem Material fand sich dies in acht Fällen. Auch Gross (26) führt als Prodrom der Psychose besonders die vegetativ-hypochondrischen Syndrome und die leibhypochondrisch-coenästhetischen Prodromalerscheinungen an. Huber weist hier ausdrücklich auf die Schwierigkeit der Differenzierung zwischen psychopathisch-neurotischer,

psychasthenischen Entwicklungen und den Prodromi hin. Auch in einer Studie von Smith (80) werden speziell die somatischen Initialsymptome untersucht, wobei im Vordergrund Schlafstörungen, neurovegetative Symptome, Herzstörungen, Kopfschmerzen, Müdigkeit und Appetitstörungen standen.

6.11. Bei Erstvorstellung gestellte Diagnosen

- V.a. leichte organische Hirnschädigung
  milieureaktive Verhaltensauffälligkeiten
  affektive Leistungsschwäche
- Milieureaktive Störungen, Enuresis nocturna
- Milieureaktive Störung (Kontakt- und Erziehungsstörung)
  Drogenmißbrauch
- Pubertätsschwierigkeiten, die nicht aus dem Rahmen des Normalen fallen
- Pubertätskrise mit starker Auflehnung gegen das Elternhaus und jede Autorität
- Krisenhafte Pubertätsentwicklung - Wahnvorstellungen
- Milieureaktiv bedingte Pubertätskrise
- Verhaltensstörung (Verwöhnungshaltung)
  V.a. schwere neurotische Fehlentwicklung
- Schizoide Persönlichkeit, puberale Ablösungsproblematik
  Schulische Überforderung
- Selektiver Mutismus, Enuresis nocturna et diurana
  schwere neurotische Fehlentwicklung mit neurotischen Zügen
- Neurose mit Tendenz zum sensitiven Beziehungswahn mit deutlich phobischen und anankastischen Zügen
- Schwere neurotische Fehlentwicklung
- Z.n. Suicidversuch
- Reifungskrise, mäßig neurotische Fehlentwicklung
  Pubertätskrise mit offener Prognose

- Zwangshandlungen im Bereich des umschriebenen Wahns
- Zwangskrankheit, ausgelöst durch ödipale Konfliktsituation, evt. symbotische Störung
- Angstneurose, exogene Psychose
- Neurotische Störungen
- Neurotische Störungen innerhalb eines hysterisch strukturierten Familienmilieus
- Neurotische Fehlentwicklung, Hysteriform Entwicklungsverzögerung der Gesamtpersönlichkeit
- Neurotische Entwicklung, Erregungszustand bei mäßigem Alkoholgebrauch
  reaktive Depression, Suicidversuche
  desolates Familienmilieu, psychopathische Veranlagung
- Erheblich neurotische Fehlentwicklung, Oligophrenie
- Blinzeltic, neurotische Verhaltensauffälligkeit
- Neurotische Fehlentwicklung bei ängstlich-selbstunsicherer Persönlichkeit mit ausgeprägter Sprachhemmung und Kontaktstörung
- Pubertätskrise, neurotische Entwicklung
- Reifungskrise
- Drogenabusus

Somit grob zusammengefaßt:

Neurotische Fehlentwicklung	13 mal
Pubertäts- Reifungskrise	6 mal
Milieureaktive Störung	5 mal
Zwangskrankheit	2 mal
Suicidversuch	2 mal
Enuresis	2 mal
Drogenmißbrauch	2 mal
Selektiver Mutismus	1 mal
V.a. leichte organische Hirnschädigung	1 mal

Dabei häufen sich mehrfach mehrere Diagnosen bei einer Person. Bei den gestellten Erstdiagnosen häufen sich die neurotischen Fehlentwicklungen und Pubertätskrisen. Es mag in der Natur des schwierigen Entwicklungsstadiums der Adoleszenz liegen, daß eine klare Diagnosestellung in dieser Phase nicht möglich ist oder nur sehr schwer gelingt, da vieles, was Ausdruck einer beginnenden psychiatrischen Erkrankung, auch eine normale vorübergehende Erscheinung in einem Übergangsstadium sein kann.
Bei Ch. Eggers wurde in keinem seiner 57 Fälle ein Übergang von einer neurotischen Entwicklung in eine Psychose beobachtet. Hingegen bestätigen andere Untersuchungen die Tendenz der vorliegenden Arbeit mit anfänglich nicht schizophrenen Erscheinungsformen: K. Ernst (19) et al. fanden bei 72 von 100 später schizophrenen Patienten neurotiforme Prodrome, meist neurasthenische und depressive Bilder.
Bei von Süllwold, Strötzel, Kisker (91) untersuchten Patienten waren bei 8 Patienten die prämorbide Entwicklung durch "klassische" neurotische Fehlentwicklungen gekennzeichnet.
Es muß andererseits als Ergebnis der vorliegenden Arbeit die Notwendigkeit einer ernsthaften Behandlung auch von nicht eindeutig psychotischen Krankheitszeichen betont werden, im Sinne einer früheren, mehr präventiven Intervention.

VII) ZUSAMMENFASSENDE BEWERTUNG UND AUSSAGE DER VORLIEGENDEN ARBEIT

Bei der Untersuchung von 27 Krankenakten kinder- oder jugendpsychiatrischer Patienten, die später als schizophren diagnostiziert worden sind, ergaben sich folgende wesentlichen Ergebnisse:

- Häufung der ersten Symptome im Pubertätsalter, bei Mädchen durchschnittlich um zwei Jahre früher. Stellung der Schizophreniediagnose durchschnittlich mit 20,5 Jahren, das Intervall zwischen erster Diagnose und Schizophreniediagnose betrug im Schnitt 5,2 Jahre.

- In 10 von 27 Fällen kam der Geburt des Kindes eine besondere Bedeutung zu, sei es durch Unehelichkeit, durch ausdrückliche Erwünschtheit oder Unerwünschtheit.

- In einem Drittel der Fälle lebten die Kinder in einer nicht vollständigen oder in gar keiner normalen Familie, in 9 Fällen wurden die Kinder in den ersten Lebensjahren nicht direkt von den Eltern betreut, in 12 Fällen waren noch mehrere andere im Haushalt lebende Personen an der Erziehung beteiligt.

- 59% der Patienten hatten unter den Geschwister die Position der Ältesten inne.

- Mit 48% akademischen und selbsständigen Berufen des Vaters zeigt sich eine deutliche Tendenz zur sozial höhergestellten Familie.

- Bezüglich Schwangerschafts- und Geburtsverlauf, Säuglings- und kleinkindlicher Entwicklung zeigen sich nur wenig Auffälligkeiten: In 5 Fällen auffälliger Schwangerschaftsverlauf, 4 mal erwähnenswerter Geburtsverlauf, in der Säuglingszeit zweimal verzögerte Sprachentwicklung, einmal verzögerte Sauberkeit, im Kleinkindesalter 4 mal sprachliche Auffälligkeiten.

- Die schulische Entwicklung der Kinder zeigt ein auffallend hohes Schul- und Leistungsniveau bei tendenzieller Neigung zum Leistungsknick und fast durchweg gestörten emotionellen Verhältnis zur Schule, bzw. deutliche Anpassungs- und Verhaltensauffälligkeiten.

- Bei fast ausnahmloser Normalität der internistischen und neurologischen Untersuchung fanden sich in ca. der Hälfte der Fälle EEG-Veränderungen im Sinne leichter Allgemeinveränderungen. Möglicherweise muß dies als Bestätigung einer organischen Teilgenese gewertet werden.

- In 40% der Fälle ergab sich eine positive Familienanamnese im psychiatrischen Sinne, wobei der Streitpunkt - Bestätigung der genetischen Komponente - Einfluß der abnormen Persönlichkeitsstruktur durch verwirrende Kommunikationsstruktur - ohne Vergleichsgruppe unbeantwortet bleiben muß.

- Hauptergebnis und Aussage der vorliegenden Arbeit die fast ausnahmlose Störung des inneren familiären Milieus in Form ständiger Spannungen, dauernden Ehestreits, Exzentrizität eines Elternteils, auffallenden Dominanzkonstellationen, double-bind Situationen.

- Bei der Beschreibung des prämorbiden Charakters fallen mit 84% die Kontaktstörungen der Kinder, in 40% besondere Aggressivität, in 37% eine Introvertiertheit und in 29% ein Defizit an Expansion auf.

- In, der Häufigkeit nach absteigender Reihenfolge waren Anlässe zur ersten psychiatrischen Vorstellung: Schulschwierigkeiten, körperliche Mißempfindungen, Hypochondrie, Angstsymptomatik, Erziehungsschwierigkeiten, Suicidversuch, Todesvorstellungen, Kriminalität.

Als Kernpunkt der gewonnenen Ergebnisse muß neben einer genetischen Komponente die enorme Bedeutung des gestörten familiären Milieus herausgestellt werden. Dies bedeutet eine eindeutige anterograde Bestätigung der verschiedenen familiendynamischen Theorien zur Schizophreniegenese, insbesondere, als es sich um Anamnesen der Kindheit vor Ausbruch der Psychose handelt. Es kann andererseits nicht ausgesagt werden, daß es sich dabei um die Ursache der Schizophrenie handelt, sondern daß eben hier ein sehr wichtiger mitwirkender Faktor liegen muß. Ob die beschriebenen Familienstörungen nun Anzeichen von Spezifität für eine psychotische Entwicklung zeigen, ob es pathognomonische Momente gibt, konnte an Hand dieser Untersuchung nicht gezeigt werden. Es fehlt hier neben der Vergleichsgruppe die Tiefe und Genauigkeit der Beobachtung des familiären Milieus, d.h. die Art der Untersuchung (Auswertung von Krankenakten) setzt hier enge Grenzen.

Als weitere Aussage der vorliegenden Arbeit kann die Bedeutung der doch eigentlich ubiquitären Probleme, die Anlaß der ersten psychiatrischen Vorstellung gewesen waren, herausgestellt werden. Hier frühzeitig, insbesondere bei Kindern mit belastender Familienanamnese eine enge psychotherapeutische Begleitung zu initiieren, eine vernünftige Erziehungsberatung zu machen und eine enge Zusammenarbeit mit der Schule anzustreben, wären mögliche Schritte einer primären Prävention gefährdeter Kinder vor der psychotischen Dekompensation, zumal sich bei unserer Untersuchung ein doch beachtliches Intervall bis zur endgültigen Schizophreniediagnose ergibt. Mehr als auf dem Gebiet der genetischen Beratung und Frühtherapie von Teilleistungsstörungen zeigen sich hier Handlungsperspektiven.

Fall 1

Die Patientin C. wird erstmals im Alter von 10 Jahren von ihrem Vater, von Beruf Schulrektor, dem Kinderpsychiater aufgrund eines schulischen Leistungsrückstandes vorgestellt.
Das Mädchen kam als Zwillingskind durch eine Zangengeburt zur Welt, hat heute noch neben ihrer Zwillingsschwester eine um fünf Jahre jüngere Schwester. Die frühkindliche Entwicklung wird als unauffällig angegeben, es geht aus den Akten jedoch hervor, daß beide Zwillinge nach Rückkehr von einem längeren Aufenthalt in einem südamerikanischen Entwicklungsland, in dem die Familie sehr einsam gelebt und die Mutter sich in dieser Zeit überaus ängstlich gefühlt habe, gegenüber Gleichaltrigen einen Entwicklungsrückstand aufwiesen. Die Patientin (unklar ob auch die Zwillingsschwester) wurde 1 Jahr von der Schule zurückgestellt, besuchte jedoch keinen Kindergarten.
Nach Angaben des Vaters kommt die Patientin C. in der dritten Grundschulklasse den dortigen Anforderungen nur schlecht nach, obwohl ihre Schwester schon die vierte Klasse besuche. Die bisherigen Leistungen seien immer stark wechselnd gewesen.
Familiendynamisch wird die mangelnde Durchsetzungsfähigkeit der Patientin gegenüber der Zwillingsschwester erwähnt, der gegenüber sie sich unterlegen und insuffizient fühle. Umgekehrt zweifle die Schwester offen an den Fähigkeiten und Leistungen der Schwester (C). C. reagiere auf diese Problematik mit Aggressivität gegenüber den Geschwistern, was wiederum zu Schuldgefühlen führe. Ansonsten sei das Mädchen recht hilfsbereit und habe einen ausgeprägten Ordnungssinn.

Vom Psychiater wird das Mädchen als recht liebesbedürftig und zutraulich mit mangelndem Selbstwertgefühl beschrieben, das Stationspersonal beschreibt eine unvermittelte distanzunsichere Anlehnungs- und Liebesbedürftigkeit sowie perseverierende Tendenzen.
Klinische Befunde: Im EEG nicht seitendifferente leichte Allgemeinveränderungen, röntgenologisch eine Schädeldysplasie und angedeutete Balkenstirn.
Testpsychologisch wird eine auffallende Diskrepanz zwischen theoretischer und praktischer Intelligenz mit sehr schlechten Rechen- und Gestaltungsfunktionen bei einem Gesamt-IQ von 80 (Bereich des leichten Schwachsinns) beschrieben. Bei der projektiven Testuntersuchung wird die scharfe Rivalitätshaltung der Patientin gegenüber der dominierenden Zwillingsschwester herausgestellt.
Es wird bei dieser Untersuchung der V.a. eine leichte organische Hirnschädigung gestellt, desweiteren die Diagnosen "milieureaktive Verhaltensbesonderheiten" und "affektive Leistungsschwäche" gestellt.
Therapeutisch wird die Einschulung in eine Sonderschule empfohlen.
Fünfzehn Jahre später wird bei dieser Patientin die Diagnose "Schizophrenie" gestellt.

Fall 2

Das Mädchen I. wird erstmalig mit sieben Jahren von ihrer Mutter dem Kinderpsychiater vorgestellt. Sie ist erstes von zwei Kindern (5-jähriger Bruder) eines Arbeiterehepaars. Sie kam vier Wochen zu früh mit einem Geburtsgewicht von 4 1/2 Pfund zur Welt, die Säuglingszeit und ihre psychomotorische Entwicklung verliefen unauffällig und zeitgerecht mit Ausnahme einer Enuresis nocturna bis zum Zeitpunkt der Vorstellung.
Im ersten Lebensjahr hatte die Mutter wegen der fortbestehenden Berufstätigkeit keine Zeit für das Kind, es kam in die Obhut der Großmutter. Auch das Verhältnis der Eltern zum Kind nach dieser Zeit wird als an Zuwendung und Verständnis recht mangelhaft beschrieben. Der Vater, dessen Verhältnis zur Mutter als schlecht und gebrochen erwähnt ist, hat generell kein Interesse an den Kindern, er will von ihnen "nichts wissen". Die Mutter der Patientin wird vom Referenten als dumm, mit fehlendem Einfühlungsvermögen und Verständnis für I. charakterisiert. Sie ist der Überzeugung, das Kind habe einen "Klaps", sie sieht meist nur dessen Fehler und kritisiert es ständig. Tue sich das Kind weh, so reagiere die Mutter mit Schlägen. Im Gegensatz dazu muß die Mutter eine größere Zuneigung zum jüngeren Bruder der Patientin zeigen, der sehr anhänglich und mutterbezogen sei. Mit diesem besteht von Seiten der Patientin her ein Rivalitätsverhältnis, das sich z.B. darin zeigt, daß sie zwar Zärtlichkeiten der Mutter scharf zurückweist, es aber nicht erträgt, wenn der jüngere Bruder mit der Mutter schmust. Das gemeinsame Schlafen mit ihm in einem Zimmer ist sehr konflikthaft

und aggressionsgeladen, die Kinder ärgern sich ständig, I. reagiere sehr wild, angreifend, kratzend und beißend.
Der Grund der Vorstellung beim Kinderpsychiater war bei der Mutter die störende Unruhe des Kindes, sein häufiges, z.T. zusammenhangloses Reden, sein dummes Lachen, seine Essensverweigerung und Eigensinnigkeit. Desweiteren kam von Seiten der Lehrerin die Beschwerde an die Eltern, I. verhalte sich in der Schule verschlafen und unruhig, sie, die Lehrerin, könne mit ihr "nichts anfangen" (so die Mutter).
Bei der ärztlichen Untersuchung ergab sich somatisch kein pathologischer Befund, der Untersucher vermerkt, das Kind verhalte sich in Gegenwart der Mutter sehr viel auffälliger als in ihrer Abwesenheit, dann erscheine sie normal.
Die testpsychologische Untersuchung ergibt eine normale Begabung (IQ 100), auch hier wird der erhöhte Bedarf des Kindes an Zuwendung registriert. Der Untersucher diagnostiziert milieureaktive Störungen, Enuresis nocturna. Therapeutisch wird der Mutter die vermehrte Zuwendung dem Kind gegenüber nahegelegt, bezüglich der schulischen Schwierigkeiten wird gezielter Nachhilfeunterricht zur Vermeidung einer Einschulung in die Sonderschule empfohlen.
Nach elf Jahren wird im Alter von 18 Jahren erstmalig die Diagnose "paranoide Schizophrenie" gestellt.

Fall 3

Mit dem neunzehnjährigen St. kommt der Jugendpsychiater erstmalig anläßlich der Erstellung eines fachpsychiatrischen Gutachtens für die Staatsanwaltschaft in Kontakt.
Der Patient war angeklagt wegen gemeinschaftlichen schweren Diebstahls (Entwendung von Musikinstrumenten der Schule) und Verstößen gegen das BTM-Gesetz.
St. ist das zweite von vier Kindern, die Geschwister zum Zeitpunkt der Begutachtung:
1 Jahr älterer Bruder: mittlere Reife, in Fachlehrerausbildung
3 Jahre jüngere Schwester besucht mit guten schulischen Leistungen die 10. Klasse des Gymnasiums
7 Jahre jüngere Schwester besucht mit sehr guten schulischen Leistungen die 7. Klasse des Gymnasiums.
St. wurde in finanziell geordnete und räumlich gute Verhältnisse nach komplikationslosem Schwangerschafts- und Geburtsverlauf hineingeboren. Die Mutter, die das Kind von Geburt an betreute, schildert die Entwicklung des Kindes in der Säuglingszeit als normal (Laufen mit 15 Monaten, Sauberkeit nachts mit 3 1/2 Jahren), es habe allerdings recht ungeschickt gekrabbelt und bis zum fünften Lebensjahr gestammelt. St. besuchte den Kindergarten, wo er als lebhaft, aber sensibel geschildert wurde.
Mit sieben Jahren wurde er eingeschult und zeigte gute schulische Leistungen. Nach Absolvierung der Grundschule Umschulung in ein streng christlich-katholisch geführtes humanistisches Gymnasium, dessen religiöse und weltanschauliche Richtung der der Eltern entsprach. Wegen eines zu langen Schulweges und der Gegenwehr des Jungen gegen die strenge Erziehung der Knabenschule

(die Leistungen waren dennoch gut gewesen) erfolgte nach zwei Jahren ein Schulwechsel. Dort mußte St. die 8. Klasse repetieren, er entwickelte eine starke Protesthaltung gegen Schule und Lehrer. Es erfolgte anschließend ein Umzug der Familie von Berlin in eine süddeutsche Kleinstadt, wo der Junge seinen Schulbesuch fortsetzte, dort seine Oppositionshaltung aber nicht aufgab, sondern aufgrund seines relativ höheren Lebensalters und seines, laut Eltern, intensiven Engagements in einer linksradikalen Studentengruppe, eine Vormachtstellung gegenüber anderen Jugendlichen innehatte. Auf Forderung der Schule hin erfolgte ein Abgang von der Schule nach der 11. Gymnasiumklasse, St. geht vorübergehend zurück nach Berlin zu seiner Großmutter. Seine Pläne waren, nachdem er Klavier- und Gitarrenunterricht nahm, ein Musikstudium zu machen und mit diesen Kenntnissen und Fähigkeiten auf "Wanderschaft in Europa" zu gehen, was allerdings bei den Plänen blieb.
Bei zeitweiligen Aufenthalten St.'s in der Kleinstadt, wo seine Eltern wohnen, habe er sich nur sporadisch zu Hause gezeigt, habe Anschluß an eine Gruppe Jugendlicher gehabt, wo wohl regelmäßig Drogen eingenommen wurden.
Die Eltern erlaubten ihm den Erwerb des Führerscheins, wovon sie sich eine Stabilisierung des Zustandes ihres Sohnes erhofften, was allerdings nicht eintraf: Laut Vater war St. in der letzten Zeit zunehmend depressiv, er zog sich allein und untätig in ein Zimmer zurück, wo er starr vor sich hindachte, der Vater registrierte einen zunehmenden Verlust der Zielstrebigkeit im Denken, Fühlen, Wollen, seine kindliche Ideenflucht grenze an verwirrtes Denken und Unwirklichkeitsgefühle.

In Erinnerung an frühere Verhaltensweisen St.'s schildern die Eltern ihn schon als Kind mit einem recht wechselhaften Konzentrationsvermögen, als nervös, ohne rechten Anschluß, ohne dauerhafte Freundschaften. Er sei als Junge zwar mit seinem älteren Bruder mit in den Handballverein und zu den Pfadfindern gegangen, habe das aber mehr als Pflichtübung aufgefaßt und sei Außenseiter geblieben. St. habe als kleines Kind Strafen des Vaters lachend hingenommen, wodurch der Vater immer mehr gereizt worden sei. Auf einengende Maßnahmen habe er erst mit trotzigem Rückzug reagiert, sei dann aber kommentarlos zur Tagesordnung übergegangen.
Vom Referenten wird die Mutter bei der ersten Vorstellung als überfürsorglich, erdrückend, bestimmend geschildert, dominant ihrem zurückhaltenden, entscheidungs- und kontaktarmen und scheuen Ehemann gegenüber.
Zu späteren Zeitpunkten der Krankengeschichte wandelt sich diese Charakterisierung der Mutter in scheu, schüchtern, kontaktarm, unsicher.
Zwischen den Eheleuten werden erhebliche Eheschwierigkeiten erwähnt, die sich vornehmlich auf den unterschiedlichen Bildungsstand der Partner beziehen: Der Vater (von Beruf Amtmann, Realschulbildung) leidet unter der höheren Schulbildung (Abitur) seine Frau, die er auch sonst ihm überlegen, kontaktfreudiger erlebt.
St. selbst schildert seinen Kontakt zur Mutter als gut, lebhaft, sein Vater sei wohl ganz "o.k.", aber wohl böse auf ihn: Erstens wegen seines guten Verhältnisses zur Mutter, zweitens aus Konkurrenz wegen seiner (St.'s) höherer Schulbildung.
St. habe keine besonderen Kindheitserinnerungen, seit dem 15. - 16. Lebensjahr konsumiere er Haschisch, ab 17 auch LSD und selten auch Opiate. Zwei Jahre vor

der jetzigen Vorstellung habe er Kontakt mit der Drogenberatungsstelle der Kleinstadt aufgenommen.
Zur Erstellung des gerichtlichen Gutachtens stehen außer der Beurteilung des Jugendpsychiaters eine des Kreisjugendamtes zur Verfügung:
Es wird St.'s gespannte Haltung, mit wechselnd maskenhafter oder unruhiger Mimik geschildert, er wird als ablenkbar, sprunghaft, unausgeglichen geschildert.
Seine Intelligenz wird durchschnittlich mit Schwächen der konstruktiven Phantasie, der Gründlichkeit im Denken und des Wirklichkeitssinnes beurteilt. Er habe ein gutes Abstraktions- und eine erstaunliche Ausdrucksfähigkeit, er leide an einem Mangel an Selbstkontrolle und Zielstrebigkeit, er befinde sich in einer gestörten pubertären Entwicklungsphase.
Der Jugendpsychiater charakterisiert St.'s Stimmungslage als vordergründig lässig, gleichgültig, nihilistisch, depressiv-ratlos, passiv, seine persönliche Eigensteuerung sei vermindert, er habe keine selbstständig durchgehaltenen Eigenprogramme. Desweiteren schildert er das leicht assoziative Abgleiten der Gedankeninhalte, wobei Nebengedanken oft leicht den Charakter von Hauptgedanken bekämen, ein häufiger Themenwechsel sei zu beobachten.
Er beurteilt das Gesamtbild als typisch für chronischen Drogenmißbrauch. Ein durchgeführter Hamburg-Wechsler-Test ergibt eine leicht überdurchschnittliche Intelligenz von 110, wobei auch hier die Prädisposition des Patienten für Drogenabusus aufgrund des schwierigen Ablaufs der logisch abstrakten Denkabläufe gegenüber den assoziativ-phantasiebetonten erwähnt wird.
Die neurologische, internistische, EEG- und Rö.-Schädel-Untersuchung ergeben keine pathologischen Befunde.
Die Familienanamnese ergibt eine manische Depression

der Großmutter väterlicherseits.
Aufgrund dieser Vorstellung kommt der Gutachter zu folgenden Diagnosen:
milieureaktive Störung (Kontaktstörung, Entwicklungsstörung in der pubertären Phase, keine ausreichende Identifizierung mit dem Vater)
Drogenmißbrauch (bes. Halluzinogene)
passager exogen bedingtes psychotisches Zustandsbild, explizit keine Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis, keine manische Depression.

Ein Jahr später lautet die Diagnose "chronischer Halluzinogenmißbrauch" bei Borderline-Persönlichkeit (dies aufgrund der mehrjährigen schleichenden Wesensänderung, der Psychose in Abstinenz und der durch double-bind charakt. Familiensituation.

Fall 4

U. wird erstmals mit 12 Jahren dem Kinderpsychiater wegen Schulschwierigkeiten ambulant vorgestellt.
U. ist zweites von zwei Kindern der katholischen, schon relativ alten Eltern (Vater 60, Mutter 45 Jahre). Ihr Vater ist von Beruf kaufmännischer Angestellter, die Mutter Schreibkraft. U. hat eine sieben Jahre ältere Schwester, von Beruf Bankkaufmann.
Die Kinder sind, da beide Eltern berufstätig waren und bleiben wollten, schon seit früh an in fremde Hände gegeben worden. Es herrscht bei den Eltern die vorrangige Losung, mit Geld sei alles zu machen, so auch gegen Bezahlung die Kinder aufziehen zu lassen. So lebt die Patientin zum Zeitpunkt der Vorstellung in einem katholischen Mittelschulinternat. Laut Angaben einer Ordensschwester dieses Internats sind bei U. Schwierigkeiten aufgetreten, die zur psychiatrischen Untersuchung veranlaßten: Sie sei sehr verträumt, müsse immer aufgefordert werden mitzumachen, sie sei unkonzentriert. Aufgefallen war auch die ausgeprägte Trotzhaltung des Mädchens gegenüber Erwachsenen.
Dem Untersucher erschien das Mädchen vergnügt, gut kontaktfähig, keck, fast etwas distanzlos.
U.'s Verhältnis zu ihrem Vater wird eher als totales Nicht-Verhältnis geschildert, der Vater zeigt kein Interesse am Kind, umgekehrt kann U. so ihren Vater nicht erreichen und kann nicht mal Angaben machen, was er arbeitet. U.'s Verhältnis zur Mutter wird "besser" charakterisiert, die ältere Schwester wird vom Kind abgelehnt.
Die somatische Untersuchung ergab keine pathologischen Befunde, die psychologischen Testverfahren bestätigen

die auf nicht allzu liebevolle Erziehung zurückgeführte Widerspruchshaltung, Konzentrationsstörungen und hastiges, unsicheres, mißtrauisch-ängstliches Verhalten. Es wird ihr eine überdurchschnittliche Intelligenz mit einem IQ von 122 (V-Teil 111, H-Teil 127) bestätigt. Der konsultierte Arzt diagnostiziert: Pubertätsschwierigkeiten, die nicht aus dem Rahmen des Üblichen fallen, er schätzt die Prognose günstig ein und empfiehlt den Erziehungspersonen im Internat einen Mittelweg zwischen Nichtbeachten der widerspenstigprovozierenden Verhaltensweisen und gütiger Zuwendung. Drei Jahre später wird U. mit 15 Jahren wieder vorgestellt und der Verdacht auf eine schizophrene Psychose ausgesprochen.
Aus diesem Krankenblatt ergeben sich aufgrund der Befragung der Schwester der Patientin bestätigende Angaben über die Familiensituation:
Der Vater sei unverständig, hart, rücksichtslos, in seinen Ansichten so orthodox und konservativ, daß mit ihm nicht zu reden sei. Die Mutter habe zwar ähnliche Charakterzüge, jedoch nicht so krass. Die Ehe der Eltern wird von der älteren Tochter als sehr gestört und geprägt durch ständige Streitereien um Kleinigkeiten geschildert. Emotional hänge die Patientin U. sehr an ihrer Mutter, sie wird als äußerst angepaßt an die Forderungen der Eltern, als still, in sich gekehrt, verschlossen, abwesend und unsicher geschildert. U. litt zu dieser Zeit an starken Angstgefühlen und stand unter dem ständigen Zwang beten zu müssen. Dies geschehe aus Angst, den Eltern könne etwas zustoßen. Laut Angaben in diesem zweiten Krankenblatt habe U. schon vor drei Jahren diese Zwangssymptomatik gehabt, was beim damaligen Berater nicht zur Sprache kam.

Fall 5

B. kam erstmals mit 16 Jahren zur ambulanten jugendpsychiatrischen Untersuchung. Grund für den Arztbesuch waren erzieherische Schwierigkeiten, eine ausgeprägte Oppositionshaltung den Eltern gegenüber, die vorzeitige Beendigung seiner schulischen Laufbahn und die sich daraus ergebende Frage seiner beruflichen Ausbildung.
B. ist das zweite von drei Kindern, sein Vater, gelernter Kaufmann, ist Dorfbürgermeister, seine Mutter von Beruf Kindergärtnerin.
Seine dreizehnjährige jüngere Schwester besucht die Hauptschule und lebt bei den Eltern, sein zwanzigjähriger Bruder studiert an einer pädagogischen Hochschule und lebt außerhalb des Elternhauses.
Während der sonst komplikationslosen Schwangerschaft mit B. litt seine Mutter unter einem Duodenalgeschwür. Das Kind kam 14 Tage vor dem errechneten Geburtstermin mit einem Geburtsgewicht von 3200 g in der Klinik zur Welt, wurde nicht gestillt, seine Säuglingszeit und Kindheit verliefen ohne Besonderheiten. Es sei ein fröhliches, aber sehr eigensinniges Kind gewesen, schildert die Mutter mit dem Beispiel, B. habe sich immer mit dem Kopf solange gegen die Spielgitter geschlagen, bis sie, die Mutter, ihn herausgenommen habe.
Nach der Einschulung zeigte er ungestörte Kontaktfähigkeit mit anderen Kindern, seine Leistungen waren bis zur vierten Gymnasialklasse gut, der Lehrer beurteilt ihn als überdurchschnittlich begabt mit besonderen künstlerischen Fähigkeiten. In der 4. Gymnasialklasse nahmen B.'s schulische Leistungen

plötzlich ab, er sollte die 4. Klasse repetieren, schwänzte die Schule und hatte ein schlechtes Verhältnis zu seinem Klassenlehrer. Nach einer sechswöchigen Krankheit (Kopfschmerzen, anhaltende Magenkrämpfe, Fieber bei Magnesiummangel), welche die Eltern zuerst als simuliert anschauten, wurde B. in ein Internat gegeben, aus dem er vorzeitig entfloh, da er sich laut Internatsordnung hätte die Haare schneiden lassen müssen.
B. befaßte sich außerschulisch intensiv mit Musik und Philosophie, las Freud, Marcuse, Marx, Schopenhauer...). Der Vater wird von beiden Söhnen als streng, narzistisch, stark religiös ("Kirchenfanatiker") und besitzgierig ("er kaufe ein Grundstück nach dem anderen") charakterisiert. Er, "ein wohlstandsdenkender Besitzstreber", stehe unter dem Druck der übrigen Dorfhonoratione bezüglich des nicht-konformen Verhaltens seiner beiden Söhne, wegen denen er angegriffen wird. Er selbst richtet die Erwartung an seine Söhne, sie sollten Geschäftsmänner werden wie er, sollten mehr in technischer Richtung Karriere machen. Er ist daher über die pädagogische Berufswahl seines ältesten Sohnes sehr enttäuscht, und zahlt ihm daher auch kein Zimmer mit der Begründung, wenn die Kinder nicht das lernten, was der Vater wolle, so gebe er sein Geld lieber kirchlichen Organisationen.
Das Verhältnis zwischen Vater und Mutter ist wegen der größeren Nachgiebigkeit und Weichheit der Mutter und dem daraus resultierenden unterschiedlichen Erziehungsstil sehr gespannt, verstört, die Mutter sucht das Verhalten von B. vor dem Vater dadurch zu rechtfertigen, "er habe einen Vogel oder Dachschaden". Dadurch will sie ihn nach eigenen Angaben "vor dem Vater decken". Die Mutter spricht dem Einfluß des

älteren Bruders auf B. besondere Bedeutung zu, unter dessen schlechten Einfluß der Jüngere stehe.
Der Untersucher charakterisiert B. als zeitlich, räumlich... voll orientiert, die Gespräche mit ihm bewegten sich auf hohem geistigen Niveau, er verfüge über eine gute sprachliche Ausdrucksfähigkeit. Seine Protesthaltung stehe in außerordentlich starker Bezogenheit auf das Elternhaus, über Probleme der Geschlechtsreife etc. werde zu Hause nicht gesprochen, die Mutter fühle sich da unterlegen. Seit dem 13. Lebensjahr sei B. zu einem Außenseiter geworden, pflege nur noch Kontakt zu gleichdenkenden Freunden auf dem Dorf, mit den anderen sei er verfemt und verhalte sich den Leuten gegenüber provozierend. Die testpsychologische Untersuchung ergibt eine überdurchschnittliche Begabung mit einem IQ von 135, besonders im sprachlichen Bereich. Der Persönlichkeitsinteressentest ergibt das Bild einer nicht grob gestörten Gesamtpersönlichkeit im Sinne einer Psychose.
Der Untersucher diagnostiziert eine

> Pubertätskrise mit starker Auflehnung gegen das Elternhaus und jede Autoritätsperson auf dem Hintergrund der verschiedenen Erziehungsstile der Eltern, welche sich inkonsequent auf die Söhne auswirkten.

Es wird eine Trennung des Jungen vom Elternhaus empfohlen, wobei jedoch die Mutter in ihrer ängstlichen Passivität die weitere Entwicklung blockiere. Bezüglich der beruflichen Zukunft des Patienten wird die Erlernung eines künstlerischen Berufes nahegelegt, wogegen sich jedoch wiederum der Vater mit einem Boykott der Bezahlung auflehnt.
Drei Jahre später wird eine Schizophrenie diagnostiziert.

Fall 6

M. wird im Alter von 14 Jahren erstmalig dem Kinder- und Jugendpsychiater überwiesen. Den Eltern waren die zeitlich mit der Periode des Mädchens korrelierenden Verhaltensauffälligkeiten und Verfolgungsideen des Kindes Anlaß zu dieser Vorstellung gewesen, zumal sie ihre Tochter bis dahin äußerst liebenswürdig, freundlich und unauffällig kannten.
Ca. eine Woche vor ihrer ersten Periode klagt sie im Urlaub der Familie über starke Zahnschmerzen, obwohl nach ärztlichem Gutdünken nichts fehlte. Sie weinte in dieser Zeit viel, hatte hypochondrische Ängste und war der Überzeugung, sie sei krank und werde nie wieder gesund.
Kurz vor ihrer vierten Periode ereignete sich folgendes: M. hatte in Abwesenheit ihrer Eltern einen Bierfahrer ins Haus gelassen: Der Vater schimpfte sie daraufhin, die Männer könnten sie sexuell verführen und töten. Kurz nach diesem Ereignis wird sie auf einer Fahrt von Ausländern belästigt: abends sei M. dann mit Verfolgungsängsten durchs Haus gerannt, fühlte sich von einem ganzen Agentennetz verfolgt. Sie entwarf einen Roman mit dieser Thematik und versuchte mit Husten, die Verfolger zu vertreiben.
Die Verfolgungsideen dehnen sich aus auf einen Nachbarsjungen und ihren 7 jährigen Bruder, den die Eltern dann aus Angst vor M. zu Verwandten brachten.
M. will zu dieser Zeit im Bett der Mutter schlafen, so daß diese bei ihrem Mann schlafen mußte. Es wird auch eine Bemerkung M.'s zum Vater erwähnt: "Jetzt will ich dich" mit dem Hinweis auf sein Bett. Sie zeigte Eifersuchtsgefühle auf Kollegen des Vaters.

M. war bei der Geburt ihres Bruders von der Mutter aufgeklärt worden. Beide Eltern, vor allem aber die Mutter, wiesen M. auf die Gefahren der Sexualität hin: "Du darfst keinen fremden Mann ins Haus lassen, nicht allein in den Wald gehen, da sind kranke Männer, die ziehen dir die Hose runter, stecken ihr Glied in deine Scheide und erwürgen dich."
M. ist das zweite von drei Kindern eines Kunstlehrer-ehepaars. Die Mutter war allerdings seit der Geburt der Kinder nicht mehr berufstätig, sondern widmete sich ganz ihren Kindern, neben M. eine drei Jahre ältere Schwester und erwähnter sechs Jahre jüngere Bruder.
Die Mutter M.'s hatte vor Geburt ihrer ersten Tochter eine Totgeburt, der Schwangerschafts- und Geburtsverlauf M.'s waren unauffällig, sie kam zeitig, in weniger als 16 Stunden mit einem Geburtsgewicht von 7,75 Pfund zur Welt. Zur frühkindlichen Entwicklung macht die Mutter sehr präzise Angaben: M. wurde zwölf Wochen gestillt, war motorisch nach Meinung der Mutter recht unruhig, habe viel gestrampelt. Mit 5-6 Monaten bekam sie ihre ersten Zähnchen, konnte mit sechs Monaten sitzen, mit 1 1/2 Jahren sprechen, mit einem Jahr laufen und war mit einem Jahr vollkommen sauber. (Dies, so die Mutter, habe sie bei den anderen Kindern auch angestrebt, es habe aber im Gegensatz zu M. nicht geklappt.) Der Vater kommentiert dieses Bestreben mit: "Mütter erziehen halt die nächsten Mütter".
Mit vier Jahren habe M., im zeitlichen Zusammenhang mit dem Schuleintritt ihrer älteren Schwester, ca. ein Jahr lang gestammelt, dies wiederholte sich, als die ältere Schwester ins Gymnasium überwechselte.
M. besuchte 1/2-tägig den Kindergarten, wo sie sich unauffällig eingliederte. Mit sieben Jahren wurde sie

eingeschult, unterhielt in den ersten beiden Klassen ein gutes Verhältnis zu ihrer Lehrerin, eine andere in den letzten beiden Grundschulklassen lehnte sie ab. Nach einem Jahr Mittelschulbesuch wechselte sie ins Gymnasium über. Ihre Leistungen werden als gut durchschnittlich beurteilt, in ihrem Verhalten wird ab dreizehn Jahren auch in der Schule eine Veränderung bemerkt: sie sei frech, "das schwierigste Kind", gleichgültig, unfolgsam, zeige ein starkes Mittelpunktbedürfnis, so lasse sie von ihr selbst geschriebene Theaterstücke aufführen, wodurch sie wie eine Prinzessin im Zentrum des Geschehens stehe.
M.'s Vater wird als einfühlsam, nachgiebig, künstlerisch, fast mütterlich, intelligent und als dem Geschehen ausgeliefert geschildert. Er zeigte eine identifizierende Haltung mit M..
Die Mutter wirkte strenger, wird dargestellt als wenig begabt, sich in die Kinder einzufühlen, setzt ihre Maßstäbe durch, relativiert nichts, erscheint kühl, etwas brutal und zu pflichtbewußt.
M. verhält sich ihrer Mutter gegenüber rivalisierend, ablehnend. Die ältere Schwester sei ihrer Art nach mehr wie die Mutter, sie hätte mehr Erziehungsschwierigkeiten gemacht, sei viel geschimpft worden, wogegen M. als Kind wie von selber gehorchte.
Der ärztliche Untersucher stellt bei M. sehr wechselhaftes Verhalten fest, mal ablehnend, dann wolle sie mit theatralischen Gesten Aufmerksamkeit erregen, sie suche Kontakt, versperre aber dabei sich selbst den Weg.
Bei der internistischen, neurologischen, Röntgen- und elektroencephalograph. Untersuchung ergaben sich keine pathologischen Befunde.

Familienanamnestisch ergibt sich: die Großmutter väterlicherseits sei hysterisch gewesen ohne jedoch jemals in ärztlicher Behandlung gewesen zu sein.
Die testpsychologische Untersuchung ergibt folgende Ergebnisse:

- im HAWIK ein IQ von 106, Verbalteil 104, Handlungsteil 107
- im Rohrschach zeigen sich Hinweise auf inneren Erlebnisreichtum, Freude am Konfabulieren, nach affektiver Irritierung Symboldeutungen, es wird eine Stimmungs- und Affektlabilität, ausgeprägte Verdrängungsmechanismen sowie Sexualproblematik festgestellt.
- SCENO-Gestaltung: die Personen sind kindzentriert
- TAT-Geschichten: ergibt die sehr empfindsame Erfassung, M.'s menschliche Beziehungen werden negativ geschildert (Mann und Frau trennen sich, das Kind läuft weg, die Eltern werden restriktiv geschildert, es herrscht eine "Weltschmerzstimmung", Angst vor dem Alleinsein, Geschlechtsbeziehungen werden erfaßt, die Geschichten sind realitätsgerecht).

Der Kinder- und Jugendpsychiater stellt bei dieser Vorstellung die Diagnose:
Krisenhafte Pubertätsentwicklung mit Wahnvorstellungen.
Vier Jahre später wird eine Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis diagnostiziert, ein Jahr später zusätzlich eine Colitis ulcerosa.

Fall 7

H. wird fünfzehnjährig dem Kinder- und Jugendpsychiater vorgestellt. Im Anschluß an einen grippalen Infekt beobachteten die Eltern bei ihm einen Verwirrtheitszustand, er schlief schlecht, klagte über ("nervöse") Herzstörung mit Todesangst, litt unter Vergiftungs- und Krankheitsideen. Zudem waren Schulschwierigkeiten in Form von Unpünktlichkeit und nachlassendem Leistungsvermögen aufgetreten.
H. ist das erste, ausdrücklich erwünschte von vier Kindern.
Seine Geschwister: 1 Jahr jüngerer Bruder, Oberrealschüler, 3 Jahre jüngerer Bruder, Realschüler, 5 Jahre jüngere Schwester, Realschülerin.
H. besucht ebenfalls die Realschule.
Er wurde nach unauffälligem Schwangerschaftsverlauf vierzehn Tage vor dem errechneten Geburtstermin mit einem Gewicht von 3500 g geboren, hatte bei der Geburt einen starken Ikterus. Als Säugling sei H. laut Angaben der Mutter schlecht aufzuziehen gewesen: er wurde 3 Monate gestillt, litt an häufigen Ernährungsstörungen, erbrach viel, hatte oft Diarrhoen, hatte eine sehr empfindsame Haut und litt an Rachitis. Erste Zähne angeblich nach 10 Monaten, Sprechen mit 15 Monaten, Laufen mit 11 Monaten, die Sauberkeitsentwicklung beurteilt die Mutter als zeitgerecht, eher als etwas verfrüht. Es sei ein unruhiges Kind gewesen, hatte viel geschrien und war wohl sehr zappelig, im Alter von 2-3 Jahren zeigte H. bei starker Erregung Absencen.
In der Schule habe er aufgrund häufigen Umziehens der Eltern schlecht Anschluß an gleichaltrige Kinder bekommen und blieb ziemlich kontaktarm. Erziehungsschwierigkeiten seien bei dem Jungen schon immer dagewesen,

er sei unfolgsam, aufsässig, motorisch recht unruhig, weigere sich abzutrocknen, allerdings sei er sehr genau und penibel. Er habe außerschulisch viele Interessensgebiete: bastle und werke eifrig, baue Segelflugmodelle, spiele Gitarre und engagiere sich bei den Pfadfindern.
Der Vater H.'s ist von Beruf Stadtbau-Amtmann, stammt im Vergleich zu seiner Frau aus einem niedrigeren sozialen Milieu, die als Lehrerstochter selbst allerdings nie berufstätig gewesen war. Der Vater ist von der Tatsache, daß er sich als Volksschüler in seine jetzige Position hochboxen mußte, wohl sehr geprägt, viele aufgestaute Aggressionen wende er in "asozialer Weise" gegen die Umwelt.
H.'s Mutter wird charakterisiert als äußerst rechthaberisch, besserwissend, auf Widerspruch bedacht, hält ihr Handeln auch gegenüber dem Jungen für das einzig richtige und erdrücke die Eigeninitiative der Kinder.
Bei beiden Eltern stellte der Untersucher einen recht starren Leistungsehrgeiz in Bezug auf die Ausbildung der Jungen fest.
H. empfindet seinen emotionalen Kontakt zu den Eltern, besonders zum Vater, als wenig warm, schlechter als der der anderen Geschwister, für diese hätten sie mehr übrig als für ihn.
Die körperliche internistische wie neurologische Untersuchung ergab außer einer beidseitigen Myopie keine pathologische Befunde, die Familienanamnese ist leer.
H. wird während seines stationären Aufenthaltes als versponnen, in sich gekehrt, schlecht kontaktfähig erlebt und äußerte viele hypochondrische Befürchtungen.

Die psychodiagnostischen Testverfahren ergeben folgenden Befund:

- HAWIE: leicht überdurchschnittliche Begabung mit einem IQ von 115, Handlungsteil 112, Verbalteil 115.
- Baumzeichnung: gibt Rückschlüsse auf H.'s sehr empfindsame Wesensart mit viel Spannungen im affektiven Bereich, getarnt hinter einer nach außen recht ruhigen Fassade.
- Rohrschach: Zeichen der Angst und Verdrängung, starke Aggressionen, Neigung zu Widerspruch und Trotz, es zeigen sich viele hypochondrische Ideen und Bestrafungsängste, andererseits recht originelle Gedanken mit Realitätsbezug, insgesamt eine dick neurotische Intelligenzhemmung.
- TAT: Es wird der Ehrgeiz der Eltern deutlich, H.'s Aggressionsstau, die Sehnsucht des Jungen nach weiblicher Wärme und emotionaler Geborgenheit, die für ihn unerreichbar in weiter Ferne und völlig ungewohnt erscheint. H. erweist sich entschlußlos, seine Insuffizienzgedanken werden in hypochondrischer Richtung gelenkt.
- Psychologischer Befund des Testpsychologen: Es sind keine Anzeichen einer psychotischen Störung vorhanden. H. wirkt still, antriebsarm, leise, leicht träumerisch, er war in der Lage, gedanklich lückenlos zu folgen, den praktischen Anforderungen kam er ruhig, systematisch nach. Bei Schilderung seiner häuslichen Situation wirkt er ratlos, verschämt.

Es wird bei H. eine milieureaktiv bedingte Pubertätskrise diagnostiziert. Es wird neben einer psychotherapeutischen Behandlung die Herausnahme des Jungen

aus dem Elternhaus empfohlen.
Nach neun Jahren wird nebst einem sekundären Alkoholismus die Diagnose "paranoide Schizophrenie" gestellt.

Fall 8

U. kommt mit 15 Jharen zum Jugendpsychiater, eingewiesen von einer Nervenärztin, die den Verdacht auf eine hebephrene Entwicklung äußert.
Anlaß dieser Vermutung war folgende Entwicklung:
U. war 14 Tage an Influenca erkrankt, hatte wechselnd Fieber bis 39°C, fühlte sich im Anschluß daran weiterhin sehr müde, antriebslos, litt unter Kopfschmerzen und konnte sich auch nicht mehr mit seinen Hobbies beschäftigen. Er wollte nur noch sehr selten das Haus verlassen, verhielt sich zu Hause sehr wortkarg, alles müsse aus ihm herausgepreßt werden. Zum Arztbesuch veranlaßte eine flüchtige Halbseitensymptomatik, wie sie bei cerebralen Durchblutungsstörungen bekannt ist (Pelzigkeit).
U. ist ein ausdrücklich erwünschtes, eheliches Einzelkind.
Seine Eltern waren zum Zeitpunkt der Eheschließung schon recht fortgeschrittenen Alters (obwohl für beide die erste Ehe): der Vater war 53 Jahre alt, die Mutter 37 Jahre. U.'s Vater stand zum Zeitpunkt der Eheschließung kurz vor seiner Berentung, sein Beruf Kaufmann; die Mutter hatte in verschiedenen Tätigkeitsbereichen gearbeitet, so war sie Pelznäherin, Büroangestellte, Hausangestellte, zuletzt Hausfrau. Die Einkommensverhältnisse der Familie waren zufriedenstellend, sie bewohnten ein eigenes Haus mit Garten, in dem zusätzlich die 99-jährige Großmutter väterlicherseits wohnte.
Die Mutter brachte das Kind nach unauffälligem Schwangerschaftsverlauf komplikationslos und zeitig mit einem Gewicht von 3400 g in einer Klinik zur Welt. Sie stillte das Kind ca. 3-4 Wochen, es lernte mit 1 Jahr laufen,

war im Alter von zwei Jahren auch nachts sauber. Die Entwicklung des Kindes schildert die Mutter, soweit ihr erinnerlich, als normal, es sei ein sehr ruhiges, kontaktfähiges Kind gewesen. Im Kindergarten allerdings, den U. vom 3. bis zum 6. Lebensjahr besuchte, sei er zum Teil recht explosiv gewesen, habe andere Kinder geschlagen. Er wurde mit sieben Jahren eingeschult, besucht jetzt die fünfte Klasse eines Gymnasiums. U. sei, was seine schulische Arbeit anbelange, sehr faul, erledige seine Schularbeiten erst abends, zeige aber dennoch durchschnittliche schulische Leistungen, mit guten bis sehr guten in den naturwissenschaftlichen-mathematischen Fächern. Seine ausgeprägten außerschulischen Interessen sind die Beschäftigung mit der Astronomie, mit Chemie, er sammle Steine, höre viel Schallplatten und sehe TV.
Die gesamte Familiensituation wird als sehr auffällig geschildert:
Der Vater, der bis zu seiner Heirat mit 53 Jahren bei seiner Mutter lebte, sei hochgradig abnorm. Zwischen ihm und seiner alten, im Hause lebenden Mutter bestünde ein totales Abhängigkeitsverhältnis.
Die Mutter von U. wird charakterisiert als einfache, unsichere, gutherzige, affektlabile korpulente Frau, die schon mehrmals in nervenärztlicher Behandlung war. Früher habe sie an Antriebsarmut gelitten, heute machten ihr Angstzustände zu schaffen. Bei der Befragung beginnt sie über den 23 Jahre zurückliegenden Tod ihrer Mutter zu weinen. Die Ehe der beiden wird als mißglückt beschrieben. Seit der Geburt von U. muß ca. drei Jahre lang ein beständiger Kampf zwischen Großmutter väterlicherseits und der Kindsmutter um das Kind bestanden haben. Beide zögen an je einem Arm des Kindes. Es ergab sich des öfteren, daß die Großmutter

das Kind in ihrer Küche einschloß, um für ihn kochen zu können. Die Mutter U.'s habe schon mehrmals mit einem Beil die Küchentüre eingeschlagen. U. selbst werde von der Großmutter sehr verwöhnt, bekomme alle seine Wünsche erfüllt. Der Vater äußert die Meinung, U. habe nie gewußt, wohin er eigentlich gehöre, er empfinde keine Achtung vor Erwachsenen, lasse sich nichts sagen. In den Auseinandersetzungen zwischen seiner Ehefrau und Mutter nahm er jedoch immer Stellung für seine Mutter ein.

Die Familienanamnese ergibt, daß die Großmutter mütterlicherseits in einem PLK verstorben ist, bei der erstmals mit 53 Jahren eine klimakterische Psychose diagnostiziert wurde (das jetzige Alter der Mutter U.'s). Der Bruder der Mutter beging nach der Mitteilung, er leide an Nierenkrebs, Suicid, indem er sich unter einen Zug legte.

Die körperliche, einschließlich neurologische Untersuchung U.'s ergibt keine Pathologica.

Sein psychischer Zustand während des stationären Aufenthaltes wird als im emotional-affektiven Bereich deutlich retardiert beschrieben, er kenne kein Pflichtbewußtsein, keine Einordnung außer aus autoritärer Motivation. U. zeige eine kleinkindhafte Anspruchshaltung, litt während des stationären Aufenthaltes unter starkem Heimweh, konnte vor Unruhe nicht schlafen, andererseits waren sehr vernünftige Gespräche mit ihm möglich.

Der Testpsychologe stellte bei dem Jungen eine überdurchschnittliche Intelligenz fest mit einem IQ von 123 (Verbalteil 126, Handlungsteil 116) mit Spitzenleistungen im abstrakten Denken sowie im konkreten Überblicks- und Vorstellungsvermögen. Zeichen einer organischen oder psychotischen Leistungsminderung

konnte der Untersucher nicht eruieren, lediglich Hinweise auf große Selbstunsicherheit. Bezüglich der Psychodynamik des Jungen beschreibt er eine dressurhafte Einengung im dynamischen Verhaltensfeld, Hemmungssymptome, sehr infantile Wesenszüge, eine hohe Mutterbindung sowie erschwerte männliche Selbstfindung.
Es wird bei U. folgende Diagnose gestellt:

Verhaltensstörung mit Verwöhnungshaltung.

5 Jahre später wird die Differentialdiagnose zwischen einer schweren neurotischen Fehlentwicklung und einer Schizophrenia simplex gestellt, 7 Jahre später gilt die Diagnose Schizophrenie als gesichert.

Fall 9

R. wird mit 17 Jahren von einem Kreispsychologen einer Lebensberatung wegen des Verdachts auf eine psychotische Entwicklung an die Tübinger Kinder- und Jugendpsychiatrie überwiesen. Grund für die Konsultation der Lebensberatung war eine seit längerer Zeit von den Eltern beobachtete Wesensänderung und Verhaltensauffälligkeit R.'s gewesen:
Schon als zehnjährige habe es Zeiten gegeben, zu denen das Kind nicht ansprechbar gewesen sei: Sie zeigte besonders vor schulischen Prüfungen und besonderen Leistungsanforderungen auffälliges Benehmen und Angst, schwänzte die Schule. Im Urlaub sei R.'s Benehmen immer normal. Bei Erhebung der Anamnese geben die Eltern als Merkmale der auffälligen Entwicklung folgende Begebenheiten an:

- R. habe vor drei Jahren erstmals einen von den Eltern als dumm eingeschätzten Freund gehabt, damals fing sie an zu rauchen.
- Ein Jahr später war sie mit einem Soldaten befreundet, dieser habe ihr glühende Liebesbriefe geschrieben. Mit einer Freundin zusammen besuchte R. häufig Diskotheken. Im Sommer dieses Jahres waren die schulischen Konzentrationsschwierigkeiten aggraviert.
- Im Jahr darauf verliebte sich R. in einen Lehrer, aus Kummer darüber unternahm sie einen Suicidversuch mit Tabletten, der drei Tage Klinikaufenthalt nach sich zog. Diagnose: "Emotionale Retardierung".
- In der letzten Zeit könne R. nicht mehr in ihrem Zimmer schlafen: sie schläft daher im Bett ihres Vaters, dieser übernachtet im Wohnzimmer.

- R. habe schon mehrmals Kabel aus Radio und Fernsehgerät gerissen, die Fenster panikartig wegen "Erdgases" aufgerissen und wegen ständiger Unruhe auch vierzehn Tage die Schule verweigert. Am Tag vor der stationären Aufnahme habe R. mit Suicid gedroht und die Eltern beschuldigt, sie wollten sie bloß loshaben, sie erwähnte, der Vater habe ihr mit Schlägen gedroht.

Soweit die aktuelle Problematik.

R. ist das zweite von drei Kindern ihrer Eltern, sie hat einen drei Jahre älteren Bruder, der nach Absolvierung der Realschule jetzt Soldat ist, sowie einen drei Jahre jüngeren Bruder, der das Gymnasium besucht. Der Vater hat Realschulbildung, ist von Beruf Mechaniker, die Mutter arbeitet seit zwei Jahren wieder halbtags in ihrem Beruf als kaufmännische Angestellte. Im eigenen Haus der Familie wohnt außerdem noch eine "überfromme" Tante.

Der Schwangerschaftsverlauf war außer niedrigem Blutdruck im sechsten Monat unauffällig, die Geburt, vierzehn Tage vor dem Termin, dauerte angeblich eine Stunde, R. wog als Neugeborenes 5 1/2 Pfund.

Sie konnte mit 6 Monaten sitzen, mit 1 Jahr Sprechen und Laufen, mit zwei Jahren war die Sauberkeitsentwicklung abgeschlossen.

R. besuchte ab ihrem 4. Lebensjahr bis zur Einschulung mit 6 1/2 Jahren den Kindergarten, sie tat dies gern, es sei ihre schönste Zeit gewesen.

In der Schule tat sich das Kind schwer, die Mutter half ihr immer bei den Hausaufgaben, dennoch absolvierte R. die mittlere Reife. Nach dem schnell abgebrochenen Versuch einer kaufmännischen Lehre besuchte sie und beendete sie erfolgreich eine Haushaltsschule, hegte den Wunsch Kindergärtnerin zu werden, laut Angaben

der Krankenblätter schloß sie dementgegen jedoch eine kaufmännische Schule ab.
Die Eltern R.'s, aus Tradition aktiven Katholizismus vertretend, werden charakterisiert als den Problemen ihrer Tochter hilflos und mit Unverständnis entgegentretend. Der Vater erschien dem Arzt weich, verlegen, unsicher, er sprach sehr wenig, fiel aber ab und zu ins Wort, dann sehr aggressiv, jähzornig. Die Mutter trat als strenge und korrekte Frau auf, dominant und bevormundend im Verhältnis zu ihrem Ehemann, machte dem Untersucher einen "biedermeyerhaften Eindruck", sie war nicht in der Lage kurz und konkret die Anamnese zu berichten, verlor sich bei recht langsamem Denken leicht in Einzelheiten.
Die Eltern schilderten ihre Tochter als schon immer problemhaft, da "schusselig". Sie verstehe sich momentan besser mit ihrem Vater, könne mit ihm auch über ihren Freund reden, wogegen das Verhältnis zur Mutter wegen dieses Freundes von heftigen Auseinandersetzungen geprägt ist (R. sagt, die Mutter sei "neidisch"). R. fühlt sich durch die Mutter eingeschränkt, sie, die Mutter, habe schon mehrmals Freundinnen des Hauses verwiesen. (Dabei betont die Mutter es als Merkmal von R.'s Auffälligkeit, daß sie niemals habe dauerhafte Freundschaften aufbauen können.)
Der Vater berichtet noch anläßlich der Reflexion über R. folgendes:
Er selbst verspüre vor R.'s Prüfungen und schulischen Anforderungen Angst, sei sehr aufgeregt und sorgenvoll. Er selbst sei vor sechs bis sieben Jahren wegen einer "endogenen Depression" in stationärer Behandlung gewesen. Jetzt verspüre er die ständige Befürchtung, sein Kind sei genauso sensibel, empfindlich und engstirnig wie er. Beide Eltern sowie der Bruder des Vaters waren

Alkoholiker. Die Familie war aus diesem Grund aus der Dorfgemeinschaft ausgeschlossen und dem allgemeinen Gespött ausgeliefert. Ein Bruder der Patientin trinkt angeblich auch. Der Vater erwähnt seine beständige Angst und Kontrolle, daß R. nicht irgendwann Alkohol zu sich nehme.
Weiterhin erwähnt R.'s Vater die Begebenheit im 14. Lebensjahr R.'s:
Sie sei spät aus der Diskothek heimgekommen, er habe sie vor dem Elternhaus im Auto mit dem Freund beim Schmusen erwischt. Er habe seine Tochter damals stark verprügelt, u.a. gegen die Hauswand geschleudert.
Als R. dann später nach einer Prüfung nochmals spät nach Hause gekommen wäre, habe sie aus Angst vor Vaters Schlägen polizeilichen Begleitschutz organisiert.
Die körperliche Untersuchung ergibt bei R. einen deutlichen Sigmatismus und periorale paroxysmale Zuckungen sowie eine leicht vergrößerte Schilddrüse (Alb!). Ansonsten keine Pathologica.
Bei der psychischen Befunderhebung fällt dem Untersucher die Schwierigkeit R.'s auf, den Kernpunkt einer Sache zu erfassen; ebenso fällt es ihr schwer, ihre Möglichkeiten und Fähigkeiten real einzuschätzen.
Es werden mehrere psychodiagnostische Testverfahren durchgeführt:

- Beim HAWIE erreicht R. einen IQ von 90, Verbalteil 114, Handlungsteil 68, das heißt eine Differenz von 46 Punkten. Es zeigt sich ein Unverständnis für soziale Situationen, ein mangelndes Unterscheidungsvermögen zwischen Wesentlichem und Unwesentlichem, sowie ein Planverlust durch sprunghaftes assoziatives Denken. Das Gesamtbild erschien dem Interpreten typisch für schizophrene Erwachsene.

- Der Satzergänzungstest macht den Wunsch des Mädchens nach mehr Freiheit, Selbstständigkeit, mehr Verständnis durch die Eltern deutlich, es tauchen ihre Probleme im Umgang mit den Klassenkameraden auf, ihre Prüfungsängste, sowie ein Rivalitätsgefühl gegenüber ihrem jüngeren Bruder, der von der Mutter bevorzugt werde.
- Der Rohrschach-Test ist hochauffällig:
  Es kommt die schizoide Persönlichkeit von R. zum Ausdruck, eine große Selbstunsicherheit, ihre gestörte Kontrolle emotionaler Beziehungen, die sie überwiegend spannungsreich erlebt.
- Die Zeichnung der Familie in Tieren ist primitiv unstrukturiert, Ausdruck einer starken inneren Dynamik, regressiv.

Der Testpsychologe charakterisiert R. als stimmungsmäßig eher depressiv, mit stark springendem Gedankenablauf, er beobachtet ein Nichteinhaltenkönnen eines grammatikalischen Satzplanes, das Verlieren der Zielvorstellung, R. bagatellisiere Probleme, schiebe die Schuld auf Eltern oder die Gesellschaft, zeige große Selbstunsicherheit. Die Exploration ergebe eine gestörte Beziehung zum Vater und die Ablehnung des zu religiös eingeschränkten Weltbildes der Eltern.
Es werden aufgrund dieser Beobachtungen und Untersuchungen folgende Diagnosen gestellt:

- Schizoide Persönlichkeit, aber keine Hebephrenie
- Puberale Ablösungsproblematik
- Schulische Überforderung.

Ein Jahr später nach einem weiteren Suicidversuch:

- Neurotische Persönlichkeitsentwicklung mit Angst, Depersonalisation und wahnhaften Erlebnissen.

Zwei Jahre später nach einem weiteren Suicidversuch:

- Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis, Hebephrenie.

Fall 10

M. war vor Stellung der Schizophreniediagnose zweimal in kinder- und jugendpsychiatrischer Behandlung.
- Das erste Mal im Alter von sieben Jahren:
M. stand zu diesem Zeitpunkt kurz vor ihrem Schuleintritt. Der Grund für die damalige Behandlung waren verschiedene Erziehungsschwierigkeiten, das Kind verhielt sich z.T. aggressiv, kaute Nägel, litt an einer primären Enuresis nocturna und diurna und war seit dem Kindergarteneintritt bis zum Zeitpunkt der Einschulung selektiv mutistisch.
Die Initiative der zweiten Untersuchung im Alter von 17 Jahren ging von der Psychologin eines Heimes für junge Mädchen aus, in dem M. seit kurzem untergebracht war. Der immer noch bestehende Mutismus, Schwierigkeiten des Mädchens im sexuellen Vorstellungsbereich und paranoide Reaktionen erschienen ihr der stationären Abklärung für notwendig.
M. war ein ausdrücklich unerwünschtes Kind. Sie ist das erste von zwei Kindern, ihre Schwester ist ein Jahr jünger als sie. Der Schwangerschafts- und Geburtsverlauf wird von der Mutter als physisch normal geschildert (3 Wochen vor dem errechneten Termin, 6 Stunden Geburtsdauer, Geburtsgewicht von 6 Pfund, Hausgeburt), die ganze Zeit jedoch sei durch die Schwierigkeiten in der Ehe psychisch sehr belastend gewesen. Die Eheleute wohnten bei den Eltern des Mannes im selben Hause. Ein halbes Jahr nach der Geburt des Kindes ging die Mutter wieder zur Arbeit (kaufmännische Angestellte), die Versorgung des Kindes übernahm die Großmutter väterlicherseits, jedoch nach Angaben der Kindsmutter sehr lieblos und lückenhaft: das Kleinkind sei bei ihrem Nachhausekommen oft blaugeschrien und

hungrig gewesen. Das Verhältnis der beiden erziehenden Frauen sei äußerst gespannt und haßerfüllt gewesen, die Mutter mußte des öfteren Schläge von Seiten des Schwiegervaters einstecken, auch in Anwesenheit des Kindes. Im dritten Lebensjahr M.'s kommt es zur Scheidung der Eltern, die Frau zieht mit ihren beiden Kindern zur Großmutter mütterlicherseits. Es besteht weiterhin kein Kontakt mehr zum Kindsvater, der, von Beruf Installateur, als arbeitsscheu, dissozial, vorbestraft wegen Eigentumsdelikten charakterisiert wird. Indem er seinen Unterhaltspflichten nicht nachkommt ist die finanzielle Lage der alleinstehenden Mutter mit zwei Kindern nicht einfach.
Den Kindergarten wollte M. erst zusammen mit ihrer jüngeren Schwester besuchen, bei ihrem Eintritt, sowie später beim Schuleintritt, verstärkte sich ihr selektiver Mutismus. Sie konnte den Kindergarten erst dann betreten, wenn alle anderen Kinder schon drin waren.
Aufgrund der Enuresis, des Mutismus und des aggressiven Verhaltens M.'s wurde sie ein Jahr vom Schulbesuch zurückgestellt, also wiederum zusammen mit ihrer jüngeren Schwester eingeschult. Sie konnte teilweise sehr gute Leistungen vorweisen, war jedoch nicht dazu zu bewegen, laut vorzulesen. Sie war in der Schule isoliert, pflegte auch keine intensiveren Freizeitkontakte. Kurz vor ihrem Schuleintritt hatte sich ihre Mutter wiederverheiratet, war aus der gemeinsamen Wohnung mit der Großmutter ohne die Kinder ausgezogen, die nun allein durch die Oma betreut wurden. M. war darüber "sehr enttäuscht". Die Mutter und Großmutter hätten untereinander ein sehr verqueres, gespannt-gestörtes Verhältnis, seien sich jedoch, gehe es um die Durchsetzung gegenüber den Kindern einig und bildeten einen Pakt gegen die Töchter.

Mit zunehmendem Alter M.'s lehnt diese ihre Großmutter immer mehr ab, verhält sich ihr gegenüber aggressiv, schlägt sie, lügt sie an. M. charakterisiert sie als konservativ, als "Typ des blöden alten Weibes", "Putzteufel", sie gebe Mädchen keine Rechte, verbiete Hosen und lange Haare. Die Ablehnung der Großmutter durch M. werde jedoch erheblich verstärkt und geschürt durch ihre jüngere Schwester, die M. zwischenzeitlich in ihrer Entwicklung überflügelt und sie in ihren Schlepptau genommen habe, als ihr Vorbild gelte. In ihrer Abwesenheit verhalte sich M. der Oma gegenüber normaler. Die Großmutter ist durch die beiden Mädchen sicherlich überfordert, hat Angst vor ihnen, ist mißtrauisch, schließe sich ein.
M. schließt mit durchschnittlichen Leistungen die Hauptschule ab, beginnt eine Lehre als Kontoristin im selben Betrieb wie ihre Mutter, diese scheitert jedoch nach drei Monaten durch Überforderung. Es folgt ein wieder abgebrochener Arbeitsversuch in einem Diakonissenkrankenhaus sowie als Verkäuferin zu arbeiten.
In dieser Zeit führen die Verhaltensweisen M.'s zu solchen Familienkonflikten, daß eine Heimeinweisung M.'s erfolgt. M. veränderte ihren Tag-Nacht-Rhythmus, störe dadurch die Familie, sie redet albern und enthemmt über sexuelle Dinge, zeige wenig Antriebskraft und Aktivität, verlasse kaum noch das Haus, schlug und biß ihre Mutter. Die Großmutter kann das Zusammenleben mit M. nicht mehr fortführen, es folgt die Unterbringung im Heim, von dort ausgehend bald die zweite jugendpsychiatrische Untersuchung.
Die Heimpsychologin erwähnt in ihren Angaben die Desorientierung und Störung im sexuellen Vorstellungsbereich, sie zeige brennendes Interesse an dieser Thematik, sie, die Psychologin vermute wahrscheinlich

ein extrem vorhandenes Onanieproblem. Bei Ansprache auf dieses Thema wirke M. oft gequält und traurig. Die Psychologin weist in ihrem Bericht auf zwei auffallende Ereignisse hin:

- M. habe im Heim hemmungslos und kaum stillbar geweint im Zusammenhang mit einem abgelehnten Adoptivkind.
- Zum Zweiten erwähnt sie die große Aufregung M.'s, als diese die Existenz von "Seelenärzten" erfuhr.

Der psychische Befund, den der Psychiater bei den beiden Untersuchungen erhebt, wird wie folgt charakterisiert:

Mit sieben Jahren wirkt M. lebendig, zeigt stürmisches Kontaktverhalten, eine überschwengliche Gesprächigkeit, sie ist überaus ängstlich, zeigt massive Aggressionen. In Testsituationen verhält sie sich aus Angst vor Versagen negativistisch.

Bei der Beobachtung mit 17 Jahren fällt ihre große Kontaktgestörtheit, ihre Ängstlichkeit, Stimmungslabilität und Antriebsarmut auf, sie zeigt unmotiviertes Lachen und Weinen, wirkt ratlos, arbeitet sehr unstet. M. wirkt wie durch inneres Erleben abgelenkt. Bei ihrer sonst starken Gehemmtheit fällt die stark enthemmte Redeweise über sexuelle Dinge deutlich auf. Auf Rückfrage benennt M. die Ermangelung jeder Zärtlichkeit seit dem Zeitpunkt der Einschulung, also auch der Wiederverheiratung der Mutter. Es lassen sich bei dieser zweiten Beobachtung M.'s jedoch keine schizoiden Symptome festhalten.

Bei den psychologischen Testverfahren ergibt sich eine durchschnittliche Intelligenz bei jedoch erheblichen Differenzen in den Leistungsbereichen. Die Intelligenz sei durch die Persönlichkeitsstörung jedoch nicht ausnutzbar. Es ergeben sich bei M. Schwierigkeiten in der Unterscheidung funktionell wesentlicher und

unwesentlicher Details, sowie eine mangelnde Wahrnehmung und Steuerung gefühlsmäßiger Stellungnahmen und Bewertungen.
Der Rohrschachtest läßt rückschließen auf extreme emotionelle Unsicherheit und Abwehr, ebenso ist M.'s Schriftbild Ausdruck extremer emotioneller Ansprechbarkeit, starker Schwankungen im Ausdrucksgeschehen, infantiler Anspruchshaltung.
Die körperlichen Untersuchungen sind unauffällig, das EEG zeigt im Alter von sieben Jahren einen Herdbefund über der rechten Hemisphäre, drei spätere Ableitungen sind ohne Befund.
Bei den beiden stationären Aufenthalten M.'s werden folgende Diagnosen gestellt:
Im Alter von sieben Jahren: Selektiver Mutismus, Enuresis diurna et nocturna,
10 Jahre später: schwere neurotische Fehlentwicklung mit autistischen Zügen.
Es wird ohne Begründung der Verdacht auf eine minimale cerebrale Dysfunktion ausgesprochen.
Ein Jahr später stellt ein Erwachsenenpsychiater die Diagnose: Blande hebephrene Psychose.

Fall 11

Akute Angstzustände ihres Sohnes sind für R.'s Eltern Anlaß, im Alter von 14 Jahren des Kindes erstmals mit ihm einen Kinder- und Jugendpsychiater aufzusuchen. Panische Angstzustände vor der Dunkelheit sind bei R. schon seit dem Vorschulalter bekannt: damals sei er in der Dämmerung gewürgt worden. In letzter Zeit nun manifestierten sich in zeitlichem Zusammenhang mit körperlichen Belastungen, so nach einer schweren Grippe, massive Ängste, Todesvorstellungen, hypochondrische Vorstellungen (z.B. die Angst, seine Knochen könnten verschoben sein). Die Ängste fixierten sich bisher auf jeweils gegebene Situationen, so die Angst vor der Bedrohung durch Mitschüler, die früher durchaus real war.
Nun kämen jedoch wahnhafte Inhalte in den Ängsten mit zum Ausdruck:
R. hat die Angst, Schuld an den häufigen Erkrankungen seiner Mitschüler zu sein, er äußert Angst vor Ausländern, Gammlern, Verbrechern; ein Kellner einer Gastwirtschaft, die er mit den Eltern im Urlaub besuchte, sei ein gesuchter Verbrecher, er habe unter der über die Schulter gelegten Serviette ein Messer, Mitglieder seiner Bande säßen an den verschiedenen Tischen, die Gäste würden durch Rauschgift betäubt. In einem, an einem Bahngleis abgestellten Autowrack sieht R. einen Zusammenhang mit Südtiroler Terroristen, die dort Waffen versteckt hielten.
Der Vater von R. rückt entgegen diesen Angstzuständen des Jungen mehr seine Schulschwierigkeiten als Grund für die Besorgnis und die psychiatrische Konsultation in den Vordergrund.

R. besucht die vierte Klasse eines Humanistischen Gymnasiums, diese muß er nun wiederholen. Er sei langsam bei den Schularbeiten, habe Konzentrationsschwierigkeiten und sei zeitweise ganz "schulunfähig". Soweit die Ereignisse und Schwierigkeiten, die zum Arztbesuch führten.

R. ist Einzelkind. Er kam nach normalem Schwangerschaftsverlauf 7 Wochen zu früh mit einem Geburtsgewicht von 1650 g zur Welt. Das Neugeborene mußte nach der Geburt noch 6 Wochen in stationärer Behandlung bleiben. Die Mutter formuliert: "Das Kind sei schwer auf die Welt gekommen". Die Entwicklung des Kindes verlief ansonsten unauffällig außer einem Fieberkrampf im Alter von 2 1/2 Jahren. Die Sauberkeitserziehung sei recht zeitig abgeschlossen gewesen, jedoch zu einem Ritual geworden, so wie der Vater eine Vorliebe für Ritualisierungen zeige. Die sprachliche Entwicklung des Jungen war durch Poltern gestört.

In der Schule habe sich R. anfangs sehr erfreulich entwickelt: er sei immer ein sehr braver, wenn auch verkrampfter Schüler gewesen, hatte im Betragen schon immer die Note "sehr gut". Erst jetzt in der vierten Klasse des Gymnasiums ließen die Leistungen, besonders in Altgriechisch, so nach, daß er sie wiederholen muß. Daß R. unbedingt Abitur machen muß, steht als nie infragegestelltes Ziel der Familie fest. Die Familie R.'s vertritt allgemein recht hohe Leistungserwartungen und sehr strenge, konservative Wertvorstellungen.

Der Vater, von Beruf Staatsanwalt, wird als Randfigur des Familiengeschehens charakterisiert: er sei sehr ängstlich, wenig profiliert, steif, förmlich, körperlich und mimisch auffallend unbeweglich.

Die Mutter, sie ist älter als ihr Ehemann, wirkt überängstlich, überfürsorglich, vorgealtert, in ihren

Affekten recht labil; wegen einer Depression sei sie auch in nervenärztlicher Behandlung; sie reagiert nach eigenen Ansichten sehr aggressiv und explosiv, und hat sämtliche Aktivitäten ihres Sohnes unter Kontrolle. Das gipfelt in dem Satz: "R. sage ihr jedesmal, wenn er einen Samenerguß hatte".
Grund für die strenge und einengende Erziehung des Jungen sei letztlich eine weitere Person, die im Haushalt lebt: Ein 90 Jahre alter Großonkel, Professor und ehemaliger Klinikchef, der Dreh- und Angelpunkt der Familie sei. Ein sehr förmlicher strenger alter Herr mit äußerst konservativer Einstellung und ausgeprägter NS Vergangenheit. Die Dominanz dieses Großonkels wird von der Mutter voll unterstützt, die ihre Erziehungsmaßnahmen dem Jungen gegenüber voll darauf abrichtet, von ihm keine Einwände und Rügen zu bekommen. Der alte Herr duldet von Seiten des Jungen keinen Widerspruch, R. hat sich bei jeder Zuwiderhandlung bei ihm zu entschuldigen. Dieser sieht den Grund der Verwirrung des Jungen in seinem Interesse an den politischen Tagesereignissen und dem Radio, was er für die Jugend grundsätzlich als bedenklich betrachtet. Im Haus der Familie lebt desweiteren seit 10 Jahren eine Hausangestellte, die R. ebenfalls bevormunde.
Bei der ärztlichen Befragung wirkte der Junge sehr ängstlich, unscheinbar, war im Gespräch aber voll orientiert, aufgeschlossen und kontaktbereit. Er habe von selbst über seine Angstzustände gesprochen, von denen er sich auch distanzieren kann. Hinter der Angst sieht der Untersucher noch gesteuerte Suicidgedanken, eine ausgeprägte unverarbeitete Sexualproblematik mit schweren Schuldgefühlen wegen Onanierens. R. äußerte während der Untersuchung die Angst, homosexuell zu sein,

sowie religiöse Skrupel, nicht christlich genug zu sein. Seine Persönlichkeitsstruktur sei stark neurotisch, schizoid, beherrscht von Zwangsideen mit schuldbesetztem Inhalt.
Die körperliche Untersuchung ergibt im EEG etwas vermehrt Zwischenwellen occipital rechts, allerdings nicht als Herd verwertbar. Sonst keine Pathologica.
Ein durchgeführter Intelligenztest zeigt gut durchschnittliche Intelligenz, der Rohrschachtest läßt Rückschlüsse auf Pubertätsproblematik zu, das Fehlen von Menschendeutungen den Hinweis auf seine Kontaktstörung. Er bietet keinen Anhalt für eine Schizophrenie, jedoch für eine erheblich neurotische Störung.
TAT: macht die Insuffizienz und Versagensgefühle des Jungen deutlich.
Die ärztlichen Untersucher halten trotz der paranoiden Anklänge in den Ängsten des Jungen eine Schizophrenie für unwahrscheinlich. Sie sehen die wahnhaften Äußerungen im Rahmen einer Neurose mit einer Tendenz zum sensitiven Beziehungswahn, sowie mit deutlich phobischen und anankastischen Zügen.
Es wird eine psychoanalytische Therapie für den Jungen empfohlen.
Nach zwei Jahren gilt eine Schizophrenie als gesichert.

Fall 12

Die aufgenommene Anamnese des mit 14 Jahren von seinen Eltern zur Behandlung gebrachten St. erweist sich als äußerst knapp:
Es ist das zweite eheliche von drei Kindern, seine 18jährige ledige Schwester, von Beruf kaufmännische Angestellte, sowie sein 7jähriger Bruder leben bei den Eltern. St. selbst lebt seit ca. 1/2 Jahr in einem Internat, in das ihn seine Eltern, angeblich wegen seinen Kontaktstörungen in seiner bisherigen Schule (Realschule) gaben. Auch zu Hause ergebe sich für St. wegen des zu großen Altersunterschieds zu seinen Geschwistern keine besondere Kontaktmöglichkeit, die Eltern haben für ihre Kinder nur sehr wenig Zeit, da der Vater, ausgebildeter technischer Kaufmann, ein Tankgeschäft, die Mutter eine Sauna betreibt.
Zu St.'s gesamter früh- und kleinkindlicher Entwicklung steht lediglich vermerkt, daß er mit der Zange zur Welt gebracht wurde, nie gestillt wurde und angeblich sehr früh sauber gewesen sei.
Die momentane häusliche Situation der Familie ist von dem fast ständigen Streit zwischen den Eltern und deren Absicht, sich scheiden zu lassen, die sie jedoch immer wieder zurückziehen, dann wieder bekräftigen.
St., der "Patient" leidet unter dieser Lage, er steht zwischen seinen Eltern, hängt an beiden, möchte aus dem Internat wieder nach Hause zurück.
Von seinen Eltern wird andererseits wieder kritisiert, St. halte sich bei seinen Besuchen zu Hause gar nicht im Haus der Eltern auf, sondern besuche das Jugendhaus sowie Gaststätten mit Automatenspielen, was sie beides entschieden ablehnen.
Der unmittelbare Grund für die jugendpsychiatrische Untersuchung waren mehrere kleine Diebstähle St.'s,

sowohl bei einer Bedienung in einer Gaststätte sowie im Internat. Gegen St. wurde aus diesem Grunde ein Verfahren beim Amtsgericht eingeleitet.
Der Psychiater diagnostiziert bei dieser Erstuntersuchung eine "schwere neurotische Fehlentwicklung", empfiehlt neben einer psychotherapeutischen Behandlung des Jungen, ihn in sein Elternhaus zurückzubringen (v.a. zur Mutter), wobei er den Eltern dringlich nahelegt, sich bald für die Fortführung oder Beendigung der ehelichen Beziehung zu entscheiden.

Fall 13

Die 16jährige A. wird von ihrer Mutter wegen eines Suicidversuches mit 40 Schlaftabletten zum Jugendpsychiater gebracht.
Das Mädchen war nach 4 Jahren Grundschule und 5 Jahren Realschule, von denen sie ein Jahr die zweite Klasse wiederholte, von der Schule abgegangen und besuchte seitdem eine von katholischen Ordensschwestern geführte Schwesternvorschule. Dort fand sie sich wegen der sehr strengen und rigiden Führung der Schule nicht mehr zurecht, verspürte keine Freude und keinen Antrieb mehr zu ihrer Arbeit trotz ihres ausdrücklichen Wunsches, Krankenschwester zu werden. (Dieser formte sich anläßlich eines Krankenhausaufenthaltes mit 14 Jahren -Mandelentzündung-, A. arbeitete seitdem freiwillig in einem KH als Hilfe mit.) In der konfessionellen Schule ist keine abweichende Meinung geduldet worden, Besuche zu Hause wurden eingeschränkt, A. entwickelte während dieser Zeit einen Zwang zu beten. Mit dieser gesamten Situation begründet A. ihren Suicidversuch.
A. wurde als uneheliches Kind geboren. Ihre Eltern heirateten nach ihrer Geburt wegen des gemeinsamen Kindes, was angeblich dem Vater von seiner Mutter noch nach 16 Jahren zum Vorwuf gemacht wird (sie, die Großmutter väterlicherseits war mit der Heirat nicht einverstanden, wird von A. dennoch als Lieblingsoma angegeben). Das Paar, der Vater ist von Beruf Verkäufer, die Mutter gelernte Kindergärtnerin, jedoch als Hausfrau tätig, hat nach A. noch drei weitere Kinder zusammen und lebt mit ihnen in beengten Wohnverhältnissen auf einem Dorf.
Die Mutter berichtet bezüglich des Schwangerschaftsverlaufs mit A. von einer Eklampsie, die Geburt verlief

jedoch ohne Schwierigkeiten, sie brachte einen gesunden, 7 Pfund schweren Säugling zur Welt. A. wurde 1 Jahr lang gestillt, bekam mit acht Monaten die ersten Zähne, konnte mit sechs Monaten sitzen, mit 12 sprechen, mit 13 Monaten laufen und war angeblich mit 8 Monaten sauber.

Nach dieser unauffälligen kleinkindlichen Entwicklung erwähnt die Mutter die mit dem Alter der Tochter zunehmenden Erziehungsschwierigkeiten, so Aggressivität, Angstzustände, mehrmaliges Weglaufen, die sie mit A. gehabt hätte. In jüngerer Zeit sei A. mit 13 Jahren wegen schulischen Schwierigkeiten von zuhause weggelaufen, 16jährig habe sie 10 Tage bei einem mit ihr befreundeten Jungen verbracht, bei dem sie von der Polizei aufgegriffen worden ist. Die Freundschaft des Mädchens mit diesem Jungen, die schon 1-2 Jahre dauert, wird von den Eltern nicht geduldet.

Insgesamt wird vom Untersucher das Verhältnis zwischen A. und ihrer Mutter, die er als sehr einfach strukturiert und unfähig, sich verstehend in die Probleme ihrer Tochter einzudenken charakterisiert, als gestört empfunden.

A. leidet unter der mehr ablehnenden, zurückweisenden Haltung ihrer Mutter und ist neidisch auf ihre jüngeren Geschwister, die von der Mutter mehr umsorgt würden. Das Verhältnis zu ihrem Vater sei besser.

In der Schule konnte A. keine tragenden längeren Kontakte knüpfen, sie sei wegen ihrer Körpergröße von anderen Kindern oft gehänselt worden, habe sich während ihrer Schulzeit recht unglücklich gefühlt.

Dem Referenten fallen bei A. etwas gekünstelte Umgangsformen auf, sie wirkt meist heiter, lediglich in Gegenwart der Mutter ernst.

Die somatische Eigenanamnese ergibt vor 5 Jahren eine

Virusinfektion mit Meningismus sowie einen Opistotonus nach Schluckimpfung mit 10 Jahren.
Die internistische und neurologische Untersuchung sind o.B., das EEG zeigt einen Grenzbefund. In der Familie leidet eine Tante A.'s an Depressionen, sie befand sich deshalb schon zehnmal in stationärer psychiatrischer Behandlung.
Der HAWIE-Test ergibt bei A. einen Gesamt-IQ von 117 (Verbalteil 124, Handlungsteil 109), es werden ihr eine gute Allgemeinbildung sowie gute rechnerische Fähigkeiten bestätigt.
Der Rohrschachtest wird in Richtung Affektverdrängung, Selbstbespiegelung und hysterische Reaktionsform interpretiert.
Es werden folgende Diagnosen gestellt:

Z.n. Suicidversuch
große narzistische Kränkbarkeit
neurotische Entwicklung
V.a. cerebrale Krampfneigung

Es wird eine psychotherapeutische Behandlung des Mädchens empfohlen.
Vier Jahre später erfolgt die weitere Diagnose der hebephrenen Psychose.
A. beging später noch mehrere Suicidversuche, der letzte, ein Sprung vom Ulmer Münster, glückte.

Fall 14

J. kommt im Alter von 17 Jahren zusammen mit seiner Mutter zur ambulanten psychiatrischen Beratung. Grund dafür sind seit längerer unbestimmter Zeit bestehende Verhaltensauffälligkeiten: J. leidet unter Zwangshandlungen, insbesondere Waschzwang, seit dem Beginn einer Mechanikerlehre (Schmutzarbeit), er besucht abnorm lang die Toilette, er zeigt periodische Aggressivität gegenüber der Mutter und seinem jüngeren Bruder bis zur physischen Bedrohung der Mutter, dies im Wechsel mit apathischen, depressiven Zuständen.
Die Initiative für die ambulante Vorstellung verteilt sich: Der Patient selbst ist zu einer psychotherapeutischen Behandlung motiviert, er glaubt und hofft, die "Angewohnheiten" bald wegzukriegen. Die Mutter reagiert auf die Zuhilfenahme ärztlichen Rates mit großer Zurückhaltung und Hemmung, der von der Mutter und dem Sohn getrennt lebende Vater hielt eine psychotherapeutische Behandlung für dringend notwendig und drängte darauf.
J. ist das erste von zwei Kindern, ein Bruder ist drei Jahre jünger als er. Beide leben jetzt bei der Mutter, nachdem die Ehe der Eltern geschieden wurde, als J. 6 Jahre alt war. Die Mutter arbeitet als Lehrerin, war auch während der Schwangerschaft mit J. berufstätig. Schwangerschaft, Geburtsverlauf und frühkindliche Entwicklung werden von der Mutter als völlig normal beschrieben, das Kind sei prächtig gediehen. J. sollte den Kindergarten besuchen, sei aber "weggelaufen".
Die ersten vier Grundschuljahre wurde J. von seiner eigenen Mutter unterrichtet, dies sei, so die Mutter, für ihn eine große Entlastung gewesen, er habe so keine Hausaufgaben machen müssen. Ab dem 5. Schuljahr bekam

J. einen sehr strengen männlichen Lehrer, von dem er öfter Schläge bekam. In der 6. Klasse mußte J. wegen der Schläge des Lehrers in ärztliche Behandlung gebracht werden, eine Anzeige wegen Körperverletzung unterbleibt jedoch auf Wunsch der Mutter, die dies mit der Kollegialität nicht vereinbaren konnte.
Fortan sei J. von dem Lehrer nur noch moralisch fertiggemacht worden, er habe starke Ängste entwickelt, an die Tafel zu schreiben. Seit dieser Zeit habe er auch in der Schule keine Freunde mehr gefunden, er verhalte sich gehemmt, schüchtern und äußerst kontaktgestört.
Nach Abschluß der Schule war sein Berufsziel technischer Zeichner, wofür eine Mechanikerlehre Voraussetzung sei. J. wechselte gegen seinen Willen, ausschließlich auf Betreiben seiner Mutter, die Lehrstelle. Mit einem der Meister hatte J. ein recht positives Verhältnis, er konnte Vertrauen zu ihm gewinnen, weswegen der unfreiwillige Weggang von der Lehrstelle umso schmerzlicher und enttäuschter für ihn war.
Das Verhältnis J.'s zu seiner Mutter, die dem Referenten recht erschöpft dünkte, ist ziemlich gespannt und aggressionsbeladen. J. selbst sagt über seine Mutter, sie sei durch ihren Beruf und den Haushalt recht überstrapaziert, sie rege sich sehr leicht auf, habe immer viel zu tun, nie Zeit. Er gibt seiner Enttäuschung über die mangelnde mütterliche Zuwendung Ausdruck.
Auch sein jüngerer Bruder sei fast nie zuhause, dieser besuche mit Erfolg und guten Leistungen das Gymnasium, habe viele Freunde und sei "lebhaft". Seinen in kinderloser Ehe wiederverheirateten Vater "habe er ja seit elf Jahren nicht mehr", bei sporadischen Besuchen gefällt es J. sehr gut beim Vater und er sei enttäuscht, nicht bei ihm bleiben zu dürfen.
Zeitweise lebt noch ein mit der Mutter befreundeter junger Lehrer im Haushalt mit. Dieser habe sich anfangs

um J. gekümmert, mit ihm gespielt, mit ihm diskutiert, er sei auch mit ihm weggefahren. Doch dann sei auch diese Beziehung von Seiten des Lehrers reduziert und aufgegeben worden.
Eine weitere enttäuschte, weil abgebrochene Beziehung mußte J. eingestehen: Ca. ein Jahr vor der jetzigen Konsultation hatte J. auf Vermittlung der psychologischen Beratungsstelle der evangelischen Landeskirche drei Monate lang einen männlichen Psychotherapeuten besucht, zu dem er ein Vertrauensverhältnis aufzubauen begann. Die Mutter brach jedoch nach dieser Zeit die Therapie ab, angeblich wegen "Erfolglosigkeit".
Es kristallisiert sich im Leben J.'s ein Grundkonflikt heraus: Sein Verlassenwerden, Weggestoßenwerden und Weggenommenwerden von männlichen Bezugspersonen: So vom Vater, von dem mit der Mutter befreundeten Lehrer, die grobe Behandlung seines früheren Lehrers, die durch die Mutter vereitelte Beziehung zum Lehrmeister und zum Therapeuten. Jedesmal paktiert die Mutter mit den J. enttäuschenden Männern.
Vom Referenten wird J. als sehr verkrampft, gehemmt, schüchtern, kontaktarm beschrieben, habe er Vertrauen gefaßt, so zeige er kindliche Anklammerungswünsche. Von seinen Zwängen sei J. leicht ablenkbar, so z.B. durch Fernsehen oder durch Wegfahren mit der Mutter. Seine Motorik wird als verkrampft beschrieben, er grimassiere, zwinkere mit dem rechten Auge, ziehe eine Schnute und zeige große motorische Unruhe, besonders dann, wenn er über seine Mutter spreche oder über Enttäuschungen.
Der Psychiater stellte die Diagnose:

> Zwangskrankheit, offenbar ausgelöst durch eine ödipale Konfliktsituation, eventuell symbiotische Störung.

Es wird eine stationäre psychotherapeutische Behandlung empfohlen, was sich wegen des Widerstandes der Mutter nicht verwirklichen läßt.
Fünf Jahre später: Schizophrenia simplex.

Fall 15

Bei J. fällt seiner Umgebung erstmals Wesensveränderung des Jungen auf, als er 13 Jahre alt ist. Diese führten dann auch zur ersten kinder- und jugendpsychiatrischen Untersuchung. J. erlitt zu dieser Zeit eine Drahtverletzung am Auge, wobei der behandelnde Arzt die Möglichkeit einer Erblindung des Auges nicht ausschließen konnte und dem Jungen gegenüber wohl auch erwähnte. Dies trat nun zwar nicht ein, doch seine Bezugspersonen beobachteten seit dieser Zeit bei J. ständige Angstzustände bezüglich seiner körperlichen Intaktheit, häufige hypochondrische Klagen wie Herzstiche, Magenverstimmungen, Schmerzen im linken Bein mit nachfolgendem Hinken, er fühlte sich öfter den Puls, grübelt viel, zieht sich zurück und will allein sein.
J. wirkte damals auf den untersuchenden Psychiater offen, freundlich und voll orientiert, etwas altklug. Ein Jahr später veranlaßt die weiterbestehende ständige Besorgnis des Jungen um seine Gesundheit, seine rastlose Getriebenheit, sowie die Symptomatik des Kotessens zu einem weiteren Arztbesuch sowie zur stationären Behandlung. Es fällt dem Beobachter bei J. das Nachziehen des linken Beines auf, seine Ausdrucksweise erscheint ihm maniriert gespreizt, die affektive Resonanz mangelhaft. Die testpsychologische Untersuchung zu dieser Zeit ergibt einen IQ von 103, J.'s Denken erscheint dem Psychologen recht langsam, klebrig, mit mühsamer Begriffsbildung, sein geistiges Blickfeld eingeengt, obwohl rational orientiert.
Der durchgeführte Rohrschachtest, Farbpyramidentest sowie die Baumzeichnung weisen auf eine akute Schizophrenie hin. Die somatischen Untersuchungen weisen

jedoch auf eine somatische Verursachung der Symptomatik hin: Im EEG zeigen sich Allgemeinveränderungen sowie eine erhöhte Krampfbereitschaft, besonders rechts, das Pneumencephalogramm zeigt ein durchgängiges, erweitertes Ventrikelsystem, der Liquor ist chronisch-entzündlich verändert. Aus diesen Befunden ergab sich die Diagnose einer Exogenen Psychose auf dem Boden einer Encephalitis. J. wird stationär mit Phenothiazin, Omnazillin, Distraneurin sowie Antikonvulsiva behandelt. Zwei weitere EEG's sind daraufhin o.B., ein sehr viel später durchgeführtes EEG ergibt keinen Anhalt mehr für einen hirnorganischen Prozess. Bei Entlassung fällt jedoch weiterhin die große Selbstunsicherheit J.'s auf sowie seine starke Selbstbeobachtung.
Weitere drei Jahre später klagt J. wiederum über körperliche Mißempfindungen und Übelkeit, in seinem Betrieb, er macht eine Ausbildung zum technischen Zeichner, störe ihn der ständige Salamiegeruch. Seine Mutter berichtet über J.'s ständige Selbstbeobachtung, er lese zu viel und beschäftige sich zu viel mit Astronomie und Philosophie.
Dem psychiatrischen Untersucher erscheint J. sehr verspannt, verlangsamt, in Ausdruck und Gebärden maniriert, seine Gedankengänge seien sprunghaft verschwommen, sein Verhalten zum Teil läppisch. Es wird die starke innere Unsicherheit und dysphorische Stimmungslage J.'s erwähnt. Das gesamte Zustandsbild J.'s wird zu diesem Zeitpunkt als neurotisch bezeichnet, der Verdacht auf eine Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis wird ausgesprochen, ein Jahr später, also 5 Jahre nach der ersten ärztlichen Konsultation erhärtet.
Joachim ist ein uneheliches Einzelkind. Sein Vater habe, nachdem er von der Geburt des Kindes gehört hatte,

nichts mehr von sich hören lassen. Seine Mutter, sie verdient ihren Lebensunterhalt als Arbeiterin, wohnt mit J. zusammen bei ihren Eltern, wo zudem noch zwei Brüder der Mutter leben, die zehn und zwölf Jahre älter sind als ihr Neffe J.. Die Wohnverhältnisse der Familie sind ziemlich beengt; die Mutter schläft auf der Couch im Wohnzimmer, J. wohnte erst bei seinen beiden Onkeln im Zimmer, jetzt bei seiner Großmutter. Der Schwangerschafts- und Geburtsverlauf wird als unauffällig angegeben, ebenso die zeitliche Abfolge seiner frühkindlichen Entwicklung, die Sauberkeitserziehung sei im Alter von einem Jahr abgeschlossen gewesen. Nach dem Besuch des Kindergartens wurde J. mit 6 Jahren eingeschult. Nach der Grundschule machte er mit guten Leistungen den Hauptschulabschluß um eine Lehre zum technischen Zeichner anzuschließen. In dieser ganzen Zeit sei J. immer mehr für sich alleine gewesen. Seine Mutter charakterisiert ihn als ewigen Einzelgänger, Träumer, Grübler, schlechter Esser und nervös.

Neben Zeichnen, Briefmarkensammeln, der Beschäftigung mit Astronomie und Philosophie benütze J. seine Freizeit gerne zum Schwimmen und Spazierengehen.

Das Verhältnis zwischen J. und seiner Mutter wird in den Aufzeichnungen als gestört, recht eng, abhängig bezeichnet, die Mutter hänge mit einer Affenliebe an ihrem Sohn, es wird jedoch nicht auf Einzelheiten auch im Hinblick auf die gesamte Dynamik der häuslichen Situation eingegangen.

Fall 16

P. wird von seinen Eltern im Alter von 11 Jahren zum Kinderpsychiater gebracht. Anlaß war für sie die starke motorische Unruhe des Jungen, sowie Probleme, die sie bezüglich der Schule und der Erledigung der Schularbeiten mit ihm hatten. Seit Schulbeginn sei P. von seinen Leistungen her ein durchschnittlicher Schüler gewesen, immer etwas langsam und unkonzentriert. Sein alter Lehrer, alt und streng, aber beliebt, sei jetzt gestorben, die große Klasse mit 54 Schülern werde nun von dauernd wechselnden Lehrkräften unterrichtet. Seitdem sei P. schlampiger und unkonzentrierter geworden, seine Schrift sei schlecht, er mache immer mehr Fehler, er ließe sich alles 10 mal erklären. Zuhause weigere er sich, die Schularbeiten zu machen, was unter Kontrolle der Mutter geschehe; abends werden die Schularbeiten noch vom Vater durchgesehen. Immer bei der nachmittäglichen Erledigung der Hausaufgaben zusammen mit der Mutter klage P. über Schmerzen in den Extremitäten und reiße sich Haare aus. Beim Spazierengehen oder Schwimmen verspüre er diese Schmerzen nicht. Es wird kritisierend über den Jungen erwähnt, es sei ihm egal, was aus ihm werde, er habe noch kein Berufsziel (11 Jahre!), seine Freunde kämen nun in die Oberschule, was bei ihm ja nicht möglich sei.
P. ist das älteste von drei Kindern der Familie. Seine beiden Schwestern sind 2 und 3 Jahre jünger als er, besuchen beide mit Erfolg und ohne Schwierigkeiten die Schule. (Auffälligkeiten: lediglich Nägelkauen.)
Die Schwangerschaft mit P. war dem Paar explizit unerwünscht, das Kind war Anlaß zur Heirat. Zudem wollte die Mutter P.'s keinen Jungen.

Vom rein Organischen her verlief die Schwangerschaft und Geburt ohne Besonderheiten, P. wurde zuhause, 14 Tage vor dem errechneten Termin mit einem Geburtsgewicht von 6 1/2 Pfund geboren. Er wurde drei Monate gestillt und zeigte weiterhin eine zeitgerechte und unauffällige Entwicklung. Schon als Kleinkind erschien P. seiner Mutter motorisch als sehr unruhig. Die Eltern erwähnen auch, P. sei oft zornig geworden, wenn er auf den Topf sitzen sollte, er habe die Luft angehalten und sei blau geworden. Weiter war dem Vater aufgefallen, daß der Junge oft trotz viel härterer Bestrafung als seine Schwestern bei Schlägen nie geschrien habe, sondern die Strafe kommentarlos in sich hineingedrückt habe.

P. könne auch heute noch sehr wild und zornig sein, besonders seinen Schwestern gegenüber, die er oft ärgere und zu denen er eine Rivalitätshaltung einnehme. Er reagiere sehr empfindlich und eifersüchtig auf ein Lob der Schwestern und tue dann bewußt das Gegenteil dessen, was von ihm erwartet werde. P.'s Kontakt zu gleichaltrigen Jungen sei sehr spärlich, er sei viel zuhause und treffe Freunde nur, wenn diese ihn abholten. In seiner Freizeit lese er viel, besonders Karl May, spiele auch gerne Fußball, jedoch in der Freizeit wie in der Schule gehe er nie Wettbewerbe ein, lasse sich auch bei keiner Beschäftigung gerne zusehen.

Der Vater P.'s, von Beruf Mechaniker, schildert sich selbst als einen sehr aktiven, tätigen Menschen, er selbst sei genauso zappelig und unstet gewesen wie P., deshalb habe er auch seinen vormals sitzenden Büroberuf nicht ausgehalten und habe den Beruf des Mechanikers gelernt.

Die Mutter arbeitet, um Neubau und Kleidung der Kinder

zu finanzieren, halbtags (Schulbildung: Handelsschule), fühlt sich durch Kinder und Geschäft überlastet; so bleibt die Zeit der Erledigung der Schularbeiten auch die einzige, die sie P. widmet.
P. selbst empfindet seine Mutter als ständig kontrollierend, strafend, einengend, er fühlt sich von ihr emotional vernachlässigt und leidet unter der Bevorzugung der Schwestern durch die Mutter.
Auch der Referent empfindet die Ablehnung der Mutter ihres Jungen, sie nehme ihm gegenüber hauptsächlich die Rolle der Lehrerin und Leistungsforderin ein.
Das Kind befände sich unter ständiger Kontrolle der Eltern, habe keine Möglichkeit der Expansion und versuche den fehlenden affektiven Kontakt durch inadäquate Verhaltensweisen zu kompensieren.
Einziges gutes emotionelles Verhältnis sei der Kontakt zwischen P. und dem Großvater (mütterlicherseits), wo er verwöhnt, verstanden werde und wo er sich gerne aufhalte. Die Familie hatte bis zum Alter von 6 Jahren von P., dem Zeitpunkt des Bezugs des eigenen Hauses, zusammen mit den Großeltern mütterlicherseits gelebt.
P. wurde mehrfach psychologisch getestet:

- Im HAWIK zeigte sich eine gute Intelligenz von 113 (VT 110, HT 113) mit ausgeglichenem Profil, am besten im Bereich des allgemeinen Verständnisses.
- Im Mosaiktest, Figurenlesen, Bildergänzungstest zeigt P. eine überdurchschnittliche Begabung (Subtestalter 13 J.) in der Gestalterfassung, im theoret. sowie im praktischen Denken.-- Aufgrund dieses Testergebnisses erscheint dem Untersucher der vormals geäußerte Verdacht einer minimalen frühkindlichen Hirnschädigung äußerst unwahrscheinlich (EEG o.B.), die Schwäche im Zahlen-Symboltest wird auf P.'s Unkonzentriertheit zurückgeführt.

- Im Rohrschachtest zeigt P. eine ausgesprochene Unlust zu deuten, das völlige Fehlen von Menschendeutungen wird ausgelegt im Sinne von Affektstörungen im zwischenmenschlichen Kontakt, es werden neurotische und depressive Züge gesehen.
- Baumtest: gehemmtes, gezwungenes Affektleben, keine freie und natürliche Entfaltung der expansiven Tendenzen, so auch der Aggressivität.

P.'s gesamtes Verhalten während der Testsituation wird beschrieben als gehemmt, leicht depremiert, wenig gesprächig, reserviert, willig aber unkonzentriert, sehr unsicher, sobald ihm zugeschaut wird. Auch die Darstellung der Familie in Tieren zeigt die Störung der Eltern-Kind-Beziehung, besonders der Mutter. Es wird die Diagnose gestellt: Neurotische Störungen, ein V.a. einen frühkindlichen Hirnschaden kann aufgrund des Testprofils und der neurolog. Befunde nicht bestätigt werden. Zehn Jahre später: Akute Schizophrenie.

Fall 17

D. stammt aus einer gut situierten Kaufmannsfamilie. Bis zum Alter von 14 Jahren hatten die Eltern mit D. kaum Sorgen oder Schwierigkeiten.
Sie ist das älteste von drei Kindern, kam gesund mit dem Geburtsgewicht von 3 1/2 Pfund zur Welt und entwickelte sich nach Angaben der Mutter wie ein gesunder Säugling. Im 1. Jahr litt sie an einer Furunkulose, zu dieser Zeit sei sie sehr apathisch im Bett gelegen, mit 10 Jahren hatte D. einen Skiunfall.
Um das Kind gekümmert hat sich neben der Mutter jeweils eine Kinderschwester, insgesamt drei Personen, sowie zwei "ältliche" Tanten, die mit im Hause der Familie wohnen.
Die Mutter habe mit der Geburt ihres ersten Kindes große Wünsche verbunden: So wollte sie in ihm all das verwirklichen, was sie selbst an Idealen hatte und in ihrem Leben nicht hatte verwirklichen können, und sie betrieb dies mit entsprechender Strenge. Die Mutter wird vom Referenten als sehr rigide, dominante Person beschrieben, mit einem "strengen Selbst". Ihr gegenüber stehe der Vater, selbstständiger Kaufmann, ziemlich im Hintergrund, er ordne sich seiner Frau total unter, mache, was sie wolle, richte auch sein Verhältnis zu D. nach dem Willen seiner Frau aus, zu der er ein ansich sehr von Zuneigung geprägtes Verhältnis habe.
D. sei nach Angaben der Eltern schon als Kind sehr zurückhaltend und schüchtern gewesen, sie habe nicht gern mit anderen Kindern gespielt; geistig sei sie immer sehr rege gewesen, körperlich jedoch phlegmatisch. Die Grundschule habe D. mühelos geschafft, ebenso habe sie in den ersten drei Gymnasiumklassen sehr gute

Leistungen gezeigt. Ab der 4. Klasse jedoch sei das Kind aufsässig geworden, opponierend und sie sei in ihren Leistungen stark abgefallen. Trotz eines Schulwechsels habe sie die 5. Klasse nicht geschafft. Vor ihren Schulkameraden habe sie sich lächerlich gemacht. D. begann daraufhin eine Friseurlehre, brach auch diese wieder ab, bestand nochmal die Aufnahmeprüfung ins Gymnasium. Auch zuhause benahm sich D. aufsässig, aggressiv, beleidigend, sowohl den Eltern wie auch dem Dienstpersonal gegenüber. Nun sei D. auch noch für 6 Tage von zuhause weggelaufen aus Angst davor, ihr Vater wolle sie umbringen, welche Befürchtung ihr seit einiger Zeit nächtliche Angstzustände bereite. Die Eltern erklären dies mit dem Konflikt, den sie mit ihrer Tochter bezüglich ihrer Freunde austragen: Die Mutter verbot D. den Umgang mit ihren Freunden, da sie zu spät nach Hause käme. Der Kontakt zu ihrem ersten Freund wurde ihr von ihrer Mutter verboten. Als D. wieder einmal zu spät nach Hause gekommen sei, habe der Vater im Affekt gesagt, er könne sie umbringen. Daraufhin sei sie für sechs Tage von daheim weggelaufen. Zu den Erziehungsschwierigkeiten zu Hause und D.'s Schulversagen, das den Eltern angesichts der hohen Begabung unerklärlich erscheint, kommt nun die Angst der Eltern, D. könne sich suicidieren. Dies ist letztlich ihre Motivation für die psychiatrische Untersuchung. Sie zeigen sich dem Referenten gegenüber selbst verbittert und mit Selbstvorwürfen ob ihrem aggressiven Reagieren bei ablehnendem, beleidigendem Verhalten der Tochter.

Dem Psychiater erscheint D. als aufgeschlossenes, sensibles, differenziertes Mädchen. Sie erwähnt ihm gegenüber ebenfalls ihre Angstzustände, v.a. nachts, ihr Vater wolle sie umbringen. Sie äußert den Wunsch

nach einem älteren Bruder, da ihr Vater durch seine Unterordnung unter die Mutter versagt habe. Außerdem lehnt sie ihre Position als Älteste der Kinder ab, da sie die Bemühungen der Eltern, sie nach ihren Vorstellungen und Wünschen zu erziehen, besonders auf sie als Älteste gerichtet sieht.
Der Referent bezeichnet die gesamte Familiensituation als hysterisch. D.'s Position beschreibt er darin so: sie sei so umsorgt und behütet worden, daß sie keine Minute sich selbst überlassen gewesen sei, so auch keine Spontaneität und kein Selbstbewußtsein entwickeln konnte sondern vielmehr ein falsches Selbst.
Zu Beginn der Pubertät entwickele D. eine starke Abwehr gegen das mütterliche Selbst, mit dem sie sich identifiziert hatte.
Er diagnostiziert: Neurotische Tendenzen innerhalb eines hysterisch strukturierten Familienmilieus.
Die Prognose beurteilt er als günstig, sofern sich D. vom Elternhaus löse. Therapeutisch empfiehlt er daher die Aufnahme D.'s in ein Internat, damit sie Abstand zur häuslichen Situation gewinne.
Nach 1 1/2 Jahren wird die Diagnose Hebephrenie gestellt.

Fall 18

Über die 17jährige Ch. soll der Jugendpsychiater im Auftrage der Staatsanwaltschaft ein fachpsychiatrisches Gutachten erstellen zur Frage ihrer Zurechnungsfähigkeit. Grund des gerichtlichen Verfahrens: versuchte Tötung. Ch. hatte ein jüngeres Mädchen aus einem Fenster des ersten Stockes eines Hauses geworfen mit der Absicht, jemanden umzubringen. Sie kann dafür keine Motivation oder einen Grund nennen, dies sei eben eine plötzliche Idee von ihr gewesen. Auch im Nachhinein bereut sie ihre Tat nicht, sondern bekräftigt, sie würde das Mädchen wieder umbringen wollen.
Ch. ist das dritte von sechs Kindern des Arbeiterehepaars B.. Sie hat einen sieben Jahre älteren Bruder, der nach dem Hauptschulabschluß als Arbeiter tätig ist, einen zwei Jahre älteren Bruder, nach Absolvierung der Sonderschule ebenfalls Arbeiter, eine neun Jahre jüngere Schwester, ein sehr schwieriges, widerspenstiges Kind, besucht die Sonderschule, eine drei Jahre jüngere Schwester, nach Absolvierung der Sonderschule Arbeiterin, sowie eine zwölf Jahre jüngere Schwester, welche in den Kindergarten geht.
Alle Kinder leben in sehr beengten Wohnverhältnissen bei den Eltern, die finanzielle Situation der Familie, der Vater ungelernter Arbeiter, die Mutter Hausfrau, recht dürftig.
Ch.'s Schwangerschaft, Geburt sowie die weitere Entwicklung als Säugling und Kleinkind wird als unauffällig, normal beschrieben. Ch. besuchte den Kindergarten, in dem es sehr strenge Maßregeln gab und in dem sie oft habe in der Ecke stehen müssen. Mit sieben Jahren wurde sie eingeschult, die ersten vier Klassen zeigte sie gute Leistungen, sei dann aufgrund ihrer Leistungsschwäche

im Rechnen sowie häufigen Schulschwänzens in die Sonderschule eingeschult worden, die sie bis zum Zeitpunkt der Schulentlassung mit fünfzehn Jahren besuchte.
Von da an sei Ch. zuhause gewesen, habe rumgestreunt, habe je 1/2 Jahr in Fabriken gearbeitet, was jeweils im Streit mit den Mitarbeiterinnen geendet habe.
Sie hatte nie Freundinnen, sie sei eine Außenseiterin gewesen.
Das häusliche Milieu wird als recht desolat geschildert: beide Eltern seien wenig strukturiert und wenig lebenstüchtig, der Vater nervös, angespannt, ist in der Familie dominierend, sorgt für Ordnung, wohl Alkoholiker und unter Alkoholeinfluß sehr bösartig. Die Mutter sei mit den Nerven sehr angespannt, aufgereizt und schreie herum, wende einen recht repressiven Erziehungsstil an. Das Jugendamt beschreibt sie als mit der Kindererziehung und dem Haushalt bis an die Grenze belastet. Das eheliche Verhältnis der Eltern sei ziemlich gestört, die Frau beziehe vom besoffenen Mann des öfteren Prügel, sie drohe mit Scheidung oder Suicid, zwischenzeitlich gibt sie sich wieder mit ihrem Dasein als zufrieden aus. Der Vater der Mutter, also der Großvater mütterlicherseits, beging Suicid.
Ch. war seit mehreren Jahren immer wieder von zuhause weggelaufen aus Angst vor dem Vater, gleichzeitig habe sie aber den sehnlichen Wunsch nach Hause zu gehen ohne geschlagen zu werden. Sie habe bereits zwei Suicidversuche (ohne näheren Angaben) hinter sich. Sie verhalte sich zu Hause sehr aggressiv, konsumiere ebenfalls Alkohol, manchmal bis zur Alkoholintoxikation, und sei auffallend vergeßlich, so wisse sie zum Teil abends nicht mehr, was sie mittags gegessen habe.
Gipfelpunkt ihrer Auffälligkeit war nun die versuchte Tötung des Kindes.

Bei der psychiatrischen Untersuchung verhielt sich Ch. situationsgerecht, sie war voll orientiert, ihre Gedankengänge und -inhalte waren regelrecht, wenn sie auch zu leichten Dramatisierungen neigte. Ihre Gestik, Mimik und Sprechweise werden als differenziert beschrieben, sie erwecke beim Untersucher nicht den Eindruck einer Sonderschülerin. Es zeigte sich kein Hinweis auf ein psychotisches Geschehen.
In der Intelligenztestung wurde ein IQ von 86 (VT 79, HT 95) ermittelt. Im TAT kam ihre Angst vor den ständigen Krächen zuhause zum Ausdruck, es werden sexuelle Probleme zwischen Mann und Frau angedeutet, wobei der Mann die Frau im Stich lasse.
Die körperliche neurologische und internistische Untersuchung ergaben keine Pathologica, das EEG soll an der Grenze zu geringen Allgemeinveränderungen sein.

Es werden folgende Diagnosen gestellt:

- neurotische Fehlentwicklung (primär aufgrund der gestörten Eltern-Kind-Beziehung)
- hysteriforme- demonstrative Persönlichkeitsstruktur
- Entwicklungsverzögerung der Gesamtpersönlichkeit.

Es zeigt sich kein Hinweis auf eine psychotische Erkrankung.

Fall 19

B. ist erstes und einziges Kind aus der ersten Ehe seiner Mutter, die bereits nach wenigen Monaten wieder geschieden wurde. Zwei Jahre nach der Geburt des Kindes verheiratet sich die Mutter wieder, B. hat aus dieser Verbindung der Mutter drei Stiefgeschwister. Als B. fünf Jahre alt ist, flieht seine Mutter und ihr Mann zusammen mit den drei Stiefgeschwistern aus der DDR in die BRD, B. folgt erst ein Jahr später mit seinen Großeltern nach, bei denen er auch weiterhin wohnt und von denen er erzogen wird. Erst im Alter von 11 Jahren lebt er wieder bei der Familie seiner Mutter, wobei die Großeltern von da an im gleichen Haus wohnen. Mit 13 Jahren wird B. von seiner Mutter dem Kinder- und Jugendpsychiater vorgestellt: B. leidet bis dahin an einer, im Alter von neun Jahren erfolglos behandelten Enuresis nocturna (sie hielt bis zum 20. Lebensjahr an!).
Desweiteren entstanden im Zusammenleben der Familie mit B. Schwierigkeiten: Er lehne die Eltern direkt ab, gehorche nicht, laufe fort, wenn er den Stiefvater sehe und verhalte sich den Stiefgeschwistern gegenüber aggressiv. Seit einem Jahr sei bei B. ein Zittern beider Hände zu beobachten. In der Schule sei B. leistungsmäßig schlechter geworden, bewege sich am Rande. Von seinen Mitschülern werde er als dumm verkauft und gehänselt. Soweit die Problematik.
Zur Entwicklung des Kindes sind keine näheren Angaben gemacht, alles wird als normal bezeichnet, ebensowenig wird die Art des Verhältnisses zwischen B. und seinen Großeltern, sowie zu seiner Mutter näher charakterisiert.
Vor seinem Stiefvater hat B. Angst und lehnt ihn ab.
Im Alter von 13 Jahren weiß er noch nicht, daß dieser

nicht sein leiblicher Vater ist. Von seiner Mutter ist lediglich vermerkt, daß sie bereits zwei Suicidversuche hinter sich habe.

Bei der ersten Untersuchung macht B. auf den Untersucher einen recht aggressiven, besserwisserischen, aufschneiderischen Eindruck. Seine Stimmung schwanke zwischen aggressiv-zornig und depressiv-weinerlich.
Er wird charakterisiert als milieugeschädigt, ressentimentbestimmt, stark neurotisiert, selbstunsicher, in starkem Konflikt stehend zwischen seiner Wunschwelt und der Realität. Der Patient selbst äußerte, er fühle sich wie ein 5. Rad am Wagen, seine Stiefgeschwister seien bevorzugt.
Während des stationären Aufenthaltes näßte B. nicht mehr ein, er wird als warmherzig, zutraulich, natürlich beschrieben.
Die körperliche Untersuchung bei der Aufnahme ergibt eine Adipositas, allgemein körperliche Retardierung, eine erhöhte vegetative Labilität, Fingertremor sowie eine Hodendysplasie (mit 10 Jahren OP wegen Kryptorchismus). Die neurologische Untersuchung ist o.B., ebenso das EEG, die Röntgenuntersuchung des Schädels sowie ein Luftencephalogramm. Es sind keine Hinweise auf eine hirnorganische Störung zu eruieren.
Im HAWIE ergibt sich bei B. ein Gesamt IQ von 93 (VT 93, HT 101), also eine sich an der unteren Grenze des Durchschnitts bewegende Intelligenz.
Er hat signifikant erniedrigte Werte im rechnerischen Denken, es zeigen sich stark neurotische Nebensymptome. Der signifikant erniedrigte Zahlensymboltest wird interpretiert als Ausdruck einer neurotischen und unsicheren Persönlichkeit mit assoziativer Unbeweglichkeit.

Es werden auch bei der Testuntersuchung keine Hinweise auf eine hirnorganische Störung gefunden.
Als Ergebnis der Exploration bei dem Psychologen wurde B.'s starker Wunsch nach einem Freund sowie ein Leidensdruck unter dem Alleinsein festgehalten.
Der in der Selbstidentifikation unsichere Junge neige zu einem pubertären Männlichkeitsideal.
Es wird 1963 die Diagnose: Psychopathische Veranlagung bei desolatem Familienmilieu gestellt.
8 Jahre später: reaktive Depression, Z.n. Suicidversuch.
9 Jahre später: Akuter Erregungszustand bei mäßigem Alkoholgenuß,
ressentiment-neurotische Persönlichkeit
bei intellektueller Minderbegabung.
10 Jahre später: Paranoide Entwicklung.

Fall 20

W. wird im Alter von 15 Jahren auf Initiative seiner Tante und seines Vaters einem Nervenarzt vorgestellt, der ihn wegen einer seit einem Jahr zunehmenden Poriomanie zur Abklärung der Frage einer Heimunterbringung dem Kinder- und Jugendpsychiater überweist.
W. ist ein ausdrücklich unerwünschtes Kind des Ehepaares M., es folgten ihm als Erstgeborenem noch ein jüngerer Bruder und eine Schwester, ein Zwillingspärchen war nach der Geburt verstorben. Er kam nach einem vorzeitigen Blasensprung 3 1/2 Wochen zu früh mit einem Geburtsgewicht von 5 1/2 Pfund zur Welt. Seine frühkindliche Entwicklung war als verzögert bezeichnet, wird näher nur durch die Angaben konkretisiert, W. habe spät gezahnt, gesessen und gesprochen, mit 12-13 Monaten konnte er laufen und war im Alter von drei bis vier Jahren sauber.
W. wurde als Kleinkind aus nicht näher erläuterten Gründen von der Großmutter väterlicherseits 3 1/2 Jahre lang betreut. Diese, sowie eine Schwester des Vaters, leben mit der Familie M. zusammen in daher etwas beengten Wohnverhältnissen. Die finanzielle Situation der Familie ist hingegen gut gesichert, der Vater von Beruf Finanzinspektor.
Angelpunkt der innerfamiliären Beziehungen scheint der Vater zu sein. Dieser wird als selbstsicher wirkender, selbstgerechter Mann beschrieben, der die Leistungserwartungen der Familie bestimmt und prägt: seinen Sohn W. lehnt er wegen seiner Unterbegabung ebenso wie seine Mutter ab: W. hatte den Kindergarten besucht, dort aber nie mitgemacht, sondern die anderen Kinder oft geärgert. Nach seiner Einschulung

sei er nur die ersten beiden Grundschulklassen gut mitgekommen, dann mit seinen Leistungen abgefallen und nach der 5. Klasse in die Sonderschule umgeschult worden, wo er jedoch ebenfalls sitzengeblieben sei.
Es ist erwähnt, W. leide unter großer Angst vor der Schule, habe oft aus dieser Angst heraus die Schule geschwänzt, seit ca. 1 1/2 Jahren habe er keine Hausaufgaben mehr erledigt. Aufgrund von W.'s Schulschwänzen soll der Lehrer den Mitschülern den Kontakt zu W. verboten haben.
Der Vater ist über diese Entwicklung sehr enttäuscht, er bedauert im Büro mit seinem Sohn "keinen Staat machen zu können", wo er selbst es doch soweit gebracht habe. Er zieht W.'s Geschwister als positive Beispiele heran, die beide nicht nur gescheit, sondern, mit Ausnahme des Jähzorns des jüngeren Bruders, auch verhaltensmäßig normal seien.
Bei W. besteht die Angstsymptomatik nicht nur gegenüber der Schule, sondern er läuft aus Angst oft von zuhause fort und kehrt erst in Abwesenheit seines Vaters wieder zurück, demgegenüber er voll Angst und Schuldgefühlen steckt. Dieser Angst des Kindes begegnet Herr M. mit "strengen Maßnahmen" und dem Erzählen von "Schreckgeschichten", da W. sich davon beeindrucken lasse und der Vater dies quasi als Therapie gegen die Angst ansieht. Es ist ihm dabei durchaus bekannt, daß bei W. schon mehrfach Selbstmordgedanken vorkamen.
Die Mutter W.'s scheint eine sehr schwache Rolle im Familiengeschehen zu spielen. Sie ist bei der Anamneseerhebung nicht dabei, sie wird durch die als verständnisvoll und mütterlich charakterisierte Tante ersetzt, die in der Familie auch die einzige Person sei, an die sich W. ohne Angst wenden könne. Die Mutter sei zu diesem Zeitpunkt in "Erholung", ist jedoch auch zu

einem späteren Zeitpunkt nur nach mehrmaligen Aufforderungen zu einem Gespräch mit dem Psychiater bereit. Nach Angaben des Vaters gehe die Mutter sanft und zart mit dem Jungen um, damit keine Aufregung entstehe, der Psychiater bekommt jedoch von ihr den Eindruck einer eher impulsiven, leicht beeinflußbaren Frau. Sie fühle sich seit der Ehe durch die Familie ihres Mannes unterdrückt, die Verhältnisse zur Großmutter seien geprägt durch große Differenzen und Spannungen, die jedoch vertuscht würden. Mit ihrem Mann habe sie sehr oft Streit, dieser habe eine jüngere Freundin, die Scheidung komme nur wegen der Kinder nicht infrage. Dennoch benutze ihr Mann seinen Auszug als ständige Drohung. Auch sie lehnt W. wegen seiner Unterbegabung ab und ist mit der Wegnahme ihres Sohnes aus der Familie durchaus einverstanden.

W. selbst erscheint dem Untersucher sehr schüchtern und verängstigt, eine Kontaktaufnahme mit ihm sei kaum möglich, da Antworten nur sehr zaghaft und zögernd erfolgten. Jedoch könne W. im Grunde einsichtige Erklärungen für sein Verhalten geben.

Im HAWIK ergibt sich ein Gesamt IQ von 68 (VT 87, HT 54) mit stark differierenden Leistungen in den Einzeltests.

Internistisch und neurologisch keine pathologischen Befunde, das EEG zeigt geringe Allgemeinveränderungen.

Der Untersucher ist der Meinung, W.'s gute verbale Ausdrucksfähigkeit führe bei Erwachsenen zu einer Unsicherheit bezüglich des Anspruchs- bzw. Erwartungsniveaus. Sein Fluchtverhalten, Weglaufen, Schuleschwänzen deutet er als Vermeidungsverhalten aus der Angst vor Überforderung, Beschämung, Hänseln.

Es wird die Diagnose:

Oligophrenie und erhebliche neurotische Fehlentwicklung bei gestörtem häuslichem Milieu

gestellt. Therapeutisch wird die außerfamiliäre Unterbringung W.'s empfohlen, die Prognose beim Verbleiben in dem familiären Milieu als ungünstig beurteilt.

Ein Jahr nach dieser Untersuchung wird angeblich die Tante "nervenkrank", drei Jahre später bei W. eine Schizophrenie diagnostiziert.

Fall 21

Der 17jährige R. stammt aus einer kinderreichen Familie; das Ehepaar F. hat sechs Kinder, wovon der Patient an 4. Position in der Geschwisterreihe steht, er hat eine ältere und eine um 10 Jahre jüngere Schwester, sowie um 5, 4 und 2 Jahre ältere Brüder. Alle Geschwister sind noch ledig, alle, die älter sind als R. haben Abitur, ein Bruder studiert auswärtig Medizin, ansonsten lebt die Familie zusammen. Der Vater hat Universitätsbildung und ist von Beruf Lehrer, die Mutter stammt aus sehr einfach bäuerlichen Verhältnissen, hat Volksschulbildung und ist Hausfrau. Sie betreute ihre sechs Kinder ausschließlich alleine. R.'s Schwangerschafts- und Geburtsverlauf waren regelrecht, seine Entwicklung mit Ausnahme der sprachlichen unauffällig. Mit 18 Monaten konnte R. die ersten Worte sprechen, mit zwei Jahren trat eine Sprachhemmung auf, die bis zum vierten Lebensjahr anhielt. Diese Sprachhemmung wiederholte sich bei Schuleintritt im Alter von 6 Jahren und 9 Monaten und hielt ca. ein halbes Jahr an.
Im Alter von 10 Jahren durchlitt R. ebenso wie seine Geschwister eine Kopfgrippe, wonach die Sprachhemmung wieder eintrat, ebenso beim Eintritt ins Gymnasium. Seitdem hat sich bei R. diese Störung nicht wieder gelegt, sie hält bis zum Zeitpunkt der Untersuchung an. Eine anläßlich dieser Störung im Alter von 11 Jahren durchgeführte neurologische Untersuchung ergab keinen Anhalt für eine organische Hirnschädigung, eine logopädische Behandlung blieb ohne Erfolg. Nach Beobachtung der Eltern hänge die Intensität der Hemmung von R.'s seelicher Verfassung ab.

Nach seinen Eltern ist R. als Kind recht fröhlich und lieb gewesen, wenngleich schon immer sehr sensibel, kontaktarm und scheu. So sei er durch Besucher in der Familie in eine Art Schock versetzt worden und ganz starr und angewurzelt stehengeblieben. Im Kontakt zu den Geschwistern habe er sich immer minderwertig gefühlt, er litt unter ihrer Dominanz und besserer Durchsetzungsfähigkeit ebenso wie unter ihren besseren schulischen Leistungen.
Auch R. besuchte das Gymnasium, in der 10. Klasse hatte er jedoch relativ schlechte Zeugnisse, weswegen er freiwillig diese Klasse wiederholte, ohne seine Leistungen jedoch verbessern zu können. Er schloß daher das Gymnasium mit der mittleren Reife ab und begann nach dem Willen des Vaters eine Lehre als Bankkaufmann bei der Kreissparkasse.
Dort litt R. nun verstärkt unter Minderwertigkeitsgefühlen, unter ständiger Versagensangst, er fühlte sich durch seine Mitarbeiter beobachtet, hatte die Angst, am Telephon nicht sprechen zu können und hatte abwechselnd an verschiedenen somatischen Beschwerden (Kopf-, Hals-, Zahnschmerzen) zu leiden. Zur Einholung eines Rates für die Entscheidung, ob R. diese Ausbildung fortsetzen oder abbrechen soll (letztes ist Meinung der Eltern) veranlaßt der Vater des Patienten die jugendpsychiatrische Konsultation.
Dieser charakterisiert den Vater als sehr gespannten, intoleranten, strengen Mann, mit sehr hohen Ansprüchen und großen Leistungserwartungen an seine Kinder.
Er bekommt von Herrn F. den Eindruck, daß es ihm eine sehr große Enttäuschung bedeute, daß alle seine Kinder diesen Leistungsanforderungen entsprechen, nur R. versagt, was weiterhin nicht mehr zu bagatellisieren und zu vertuschen sei: er zeigt sich durch R. gekränkt.

Die Mutter wird als sehr einfache, jedoch warmherzige und aufgeschlossene Frau beschrieben, die allerdings im häuslichen Geschehen keinen großen Einfluß hat, und so gegenüber dem Patienten wegen der geistigen Überlegenheit ihres Mannes nicht ausgleichend wirken kann. Weiterhin herrsche im Haus F. ein sehr streng religiöses, spiritistisches, pietistisches Milieu, es ergäben sich ebenfalls einige double-bind Strukturen, die nicht näher beschrieben sind.
Zwei Schwestern der Mutter hätten unter depressiven Verstimmungen zu leiden, ein Kind der Schwester der Mutter sowie ein Kind des Bruders der Mutter seien schwachsinnig.
R. wirkt auf den Untersucher ängstlich, verspannt, gedrückt, verschüchtert, initiativlos, er wirke nicht altersentsprechend. Er habe ein hochentwickeltes Über-Ich und Identifikationsverhalten mit dem Vater, was zur Entmutigung und Unzufriedenheit des Jungen führe. In dem vom autoritären Vater geprägten Leistungsmilieu fühle R. sich unwohl und überfordert und würde so zunehmend in seine ängstlich-neurotische Haltung gedrängt. Die frühen Zwänge und Einengungen der emotionellen Kräfte hätten zur Entwicklung des tonisch-klonischen Stotterns geführt.
Ansonsten werden bei der körperlichen Untersuchung keine pathologischen Befunde erhoben.
Im Testen zeigt sich R.'s überdurchschnittliche Intelligenz und sein großes Vermögen zum logischen schlußfolgernden Denken, welche Kapazität er jedoch wegen der Einschränkungen im Erlebens- und Verhaltensbereich nicht ausnutzen könne. Es werden weiterhin latente affektive Reserven deutlich und sein dringlicher Wunsch nach emotionaler Zuwendung.

Der Psychiater stellt die Diagnose:

Neurotische Fehlentwicklung bei ängstlich-selbstunsicherer Persönlichkeit mit ausgeprägter Sprachhemmung und Kontaktstörungen.

Er empfiehlt eine psychotherapeutische Behandlung des Patienten, in der die Ablösung von den Eltern erfolgen muß. Ferner rät er zur Fortführung der Ausbildung, was die Eltern allerdings aus Angst vor dem Versagen des Jungen nicht befolgen.

Zwei Jahre später wird die Schizophreniediagnose gestellt.

Fall 22

R. L. ist zweites von vier Kindern der Familie L., seine Geschwister alles Mädchen. Zu R.'s Kindheit steht vermerkt, er habe während der Geburt eine Asphyxie gehabt, sei in seiner motorischen Entwicklung etwas ungeschickt, im Sitzen etwas verspätet gewesen. Des nachts schon immer etwas unruhig, habe er im Alter von 2-3 Jahren unter regelrechten Schlafstörungen gelitten.
Mit 6 1/2 Jahren wird R. in eine Waldorfschule eingeschult, wo sein Vater als Lehrer arbeitet. Seine schulischen Leistungen seien durchschnittlich gewesen, der Kontakt zu anderen Kindern jedoch gestört, er habe immer gut, jedoch alleine gespielt und nie Freunde gehabt. Zwischendurch hatte R. anläßlich eines Fortbildungskurses seines Vaters in England eine englische Schule für körperlich- und geistig behinderte Kinder (Heim) über einen Zeitraum von 1 1/2 Jahren besucht. Sein Vater habe dadurch recht wenig Zeit für den Jungen gehabt. Zum Zeitpunkt der psychiatrischen Vorstellung im Alter von 17 Jahren besucht R. das Gymnasium der Waldorfschule, seine 1 Jahr jüngere Schwester geht mit ihm in dieselbe Klasse.
Die psychiatrische Einweisung des 17jährigen R. erfolgte durch die Polizei auf Initiative der Mutter hin. R. hatte einen Tag zuvor in suicidaler Absicht nach einem Streit mit dem Vater über Tischverhalten, Schlaftabletten eingenommen, war in eine internistische Klinik eingewiesen worden, aus der er am nächsten Morgen entwich.
R. habe schon seit längerer Zeit starke Aggressivität gegenüber den Eltern, besonders dem Vater, sowie

gegenüber seiner älteren Schwester gezeigt, z.T. habe er sich äußerst empfindlos und gefühlsmäßig nicht ansprechbar verhalten.
Auch in der Schule war offenbar ein Leistungsabfall eingetreten, sein Können wird z.T. als durchschnittlich, z.T. an der Grenze zum Heilpädagogischen liegend bezeichnet.
4 Wochen vor dem versuchten Suicid R.'s war die Großmutter väterlicherseits in depressivem Zustand in die Familie aufgenommen worden. Laut Tagebuchaufzeichnungen der Mutter sei eine ähnliche Symptomatik, Gewalttätigkeit und Aggressivität gegenüber den Eltern, ungeheure Grobheit abwechselnd mit Zärtlichkeit und liebevollem, willensschwachem Verhalten schon mal im Alter von sieben Jahren bei R. zu beobachten gewesen.
Das familiäre Klima ist stark nach der anthroposophischen Weltanschauung der Eltern ausgerichtet, die Eltern wollen ihre Kinder in diesem Geiste erziehen und haben beständig Angst, diese könnten anderen Einflüssen unterliegen. Der Vater L. wird als psychisch labiler Mann beschrieben. Seine Familie beschreibt ihn als schwierig und eigenartig, er sei eine "Nervenmimose", sei mehr weiblicher und häuslicher Natur, R. habe es daher immer an einem männlichen Vorbild gefehlt. Er stelle sehr hohe Ansprüche, nörgele beständig an R. herum, lehne ihn ab. Dies führe zu ständigem Streit. Konfliktpunkt stelle die Musik dar: Der Vater erlebe die Musik als Bestandteil einer höheren Sphäre, nur selbstgemachte Musik sei gut, andere Musik und das Hören anderer Musik sei schlecht und primitiv.
Der Vater sagt über sich selbst, er sei ein Künstler, seine Frau habe für ihn als Künstler kein Verständnis, mit seinem Beruf als Musiklehrer sei er als großer Komponist unzufrieden.

Er erwähnt, seiner Frau müsse er über alles, was er z.B. einkaufe Rechenschaft ablegen. Für die Erkrankung seines Sohnes sei er nicht verantwortlich, er bricht angesichts dieser jedoch in Tränen aus.
R. sagt über seinen Vater, er habe nicht viel erzogen, er stehe mehr unter der Leitung seiner Mutter, er zeigt sich über die nicht eingehaltenen Versprechen enttäuscht.
Die Führung in der Familie hat die Mutter inne, eine aktive, strenge, fordernde, sehr starke Frau. Sie sagt, sie könne sich nur um einen "Kranken" kümmern, entweder ihren Mann oder ihren Sohn. Beides übersteige ihre Kräfte.
Der Patient selbst hält seine Mutter für primitiv, ungebildet, konservativ, spießbürgerlich, er habe schon seit zwei Wochen Streit mit ihr.
Die 16jährige Schwester R.'s betont, durch die Eltern könne man kein Selbstbewußtsein erlangen. Sie erwähnt weiterhin die beständige Abschirmung durch die Eltern aus Angst vor fremden Einflüssen auf die Kinder. Ihren Bruder schildert sie als sehr träge, interesselos, schüchtern, zurückgezogen.
Soweit die Angaben zur Charakterisierung der Familie. Aus späteren Akten geht hervor, daß der Vater 6 Jahre später nach heftigen Streitereien die Familie in manischem Zustande verläßt.
Dem Psychiater erscheint R. voll orientiert ohne formale oder inhaltliche Denkstörungen. Sein Auftreten sei betont schlacksig und lässig, seine Stimmung gedrückt. Antrieb und Initiative seien bei R. vermindert. Er diagnostiziert eine

Pubertätskrise, wobei eine neurotische Entwicklung nicht auszuschließen sei.

R. wird medikamentös behandelt. Nach acht Jahren wird die Diagnose Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis gestellt.

Fall 23

H.F. stammt aus einer sehr angesehenen, sozial und finanziell hochgestellten Familie: Sein Vater ist leitender Chef einer größeren Klinik.
Er ist das zweite von drei Kindern des Ehepaares B., er hat eine ältere Schwester und einen sieben Jahre jüngeren Bruder.
Der Schwangerschafts- und Geburtsverlauf sowie seine Entwicklung in der Säuglingszeit werden als normal angegeben, den Eltern ist erinnerlich, daß er im Alter von drei Jahren beim Friseur einen Schreikrampf, bei Geburt seines jüngeren Bruders Atemstörungen gehabt habe.
H.F. wurde 14 Jahre lang von einer im Haushalt der Familie lebenden Kinderschwester betreut, weswegen er auch nicht in den Kindergarten geschickt wurde. Die Kinderschwester habe den Jungen stark religiös geprägt erzogen, so auch wohl verschiedene Ängste des Jungen, so vor dem Tod, gefördert. H.F. sei immer ein sehr stilles introvertiertes Kind gewesen, im Kontakt zu anderen stark gehemmt, ein Außenseiter. Aufgrund eines amtsärztlichen Zeugnisses wurde er frühzeitig im Alter von 6 1/4 Jahren eingeschult, er sei daher immer der jüngste in der Klasse gewesen. In der Grundschule sei H.F. immer Klassenbester gewesen, auch nach Umschulung ins Gymnasium habe er bis vor einem Jahr (Alter von 16 Jahren) sehr gute Leistungen gezeigt. Zu Hause habe er laut Eltern nur gute Bücher gelesen und gute Musik gehört. Seit einem Jahr nun verhalte er sich in der Schule unbeteiligt, lasse in den Leistungen stark nach, leide unter Konzentrationsschwierigkeiten und Interesselosigkeit, was er selbst

auf einen Hirntumor zurückführe. Seit dieser Zeit verhalte er sich unangepaßt, auflehnend, provozierend, er habe Haschisch und LSD konsumiert.
Die Unangepaßtheit und das Suchtproblem stellen für die um ihr Prestige stark besorgte Familie eine große Belastung dar, was zur psychiatrischen Vorstellung des 17jährigen H.F. führte.
Die Prestigebesorgnis, der starke Druck auf den Jungen, sich sozial angepaßt zu verhalten sowie überaus hohe Leistungsanforderungen gehen hauptsächlich von dem in der Familie dominierenden Vater aus. Obwohl dieser recht wenig zu Hause sei, bemüht sich seine Familie, seinen Normen gerecht zu werden, auch die Mutter gebe ihm nach, da sie sich vor den anderenfalls auftretenden Auseinandersetzungen scheue. Die Mutter saufe in Konfliktsituationen. Der Vater zeigt sich über die Unangepaßtheit und die Schwierigkeiten seines Sohnes deswegen besonders enttäuscht, da er als Kind sehr "angenehm" und gerade vorbildlich für seine Geschwister gewesen sei.
H.F. verhielt sich während des psychiatrischen Interviews abweisend und provokativ. Dies wird als Folge der Kommunikation mit seinem dominierenden Vater interpretiert, das anfängliche Mißtrauen gegenüber dem Therapeuten verschwand, er konnte dann keine Bitte mehr abschlagen und keinen Widerspruch durchhalten.
Als sein Hauptproblem kristallisiert sich die emotional leere Beziehung zu seinen Eltern in der ungemütlichen häuslichen Atmosphäre heraus.
Zeitlich und örtlich sowie im Denkablauf erschien er völlig geordnet und orientiert. Der HAWIE ergab einen Gesamt IQ von 118 (VT 130, HT 106), im HMPI ein hoher Wert in der Neurotizismusskala und niedrige Werte der Extraversion.

Es wird eine Reifungskrise mit Rauschmittelabusus diagnostiziert, eine Verhaltenstherapie empfohlen. Fünf Jahre später dann die Hebephreniediagnose.

VIII) ANHANG

8.1. Falldarstellungen

8.2. Punktekatalog

Allgemeiner Teil

Geschlecht
Geburtsdatum
Alter bei der Erstaufnahme Zweitaufnahme
Erkrankungsbeginn
ehelich, unehelich, erwünscht, unerwünscht, Halb-, Vollwaise
lebt bei Eltern, Großeltern, Heim, Pflegeeltern, sonstiges
frühere Aufenthalte
Geschwisterzahl
Position in der Geschwisterreihe
Religion
Kindergartenbesuch
Schulart
Ausbildung/Beruf

Soziale Daten der Familie

Eltern: verheiratet, geschieden, ledig, zweite Ehe, leben zusammen
Vater: Alter Ausbildung Beruf ausgeübt
Mutter: Alter Ausbildung Beruf ausgeübt
Altersunterschied
Kind aus dieser Ehe
Herkunft: Vater
Mutter

Geschwister: leben bei:
Ausbildung
Beruf
Weitere im Haushalt lebende Personen
Änderung der Familienstruktur
Wer betreute das Kind in den ersten Lebensjahren
Wohnort: Stadt Land
Besondere äußere Schwierigkeiten der Familie
Einkommensverhältnisse der Familie

Schwangerschaft/Geburt:

Wievielte Schwangerschaft
Wievielte Geburt
Fehl-, Tod-, Frühgeburten
Schwangerschaftsverlauf: normal pathologisch
Geburtsverlauf: normal pathologisch
Geburtstermin
Geburtsgewicht
Mehrlinge
Zange, Vakuum, Sectio
Klinik, zuhause, sonst.

Säuglingszeit

Klinikaufenthalt nach der Geburt
Stillen
Entwicklung normal pathologisch
Zahnen, Sitzen, Sprechen, Laufen,
Sauberkeit

Kindheit

psychomotorische Entwicklung
sprachliche Entwicklung

allgem. geistige Entwicklung
schulische Entwicklung

Familiendynamik

Charakterisierung des Vaters
Mutter
Geschwister
Verhältnis der Eltern untereinander
zum Kind
Verhältnis des Kindes zu Eltern
zu Geschwistern
Verhältnis der Geschwister zu Eltern
zu Kind
Besondere außerfamiliäre Bezugspersonen
Besondere Probleme in der Familie
Leistungserwartungen in der Familie
Wertvorstellungen in der Familie
Dominierende Moral und Ideologie
Bedeutung der Erkrankung für die Familie

Familienanamnese

psychiatrische Erkrankungen bei Vater
Mutter
Geschwistern
Verwandten

Sozial-psychische Entwicklung des Patienten

Kontaktverhalten
Angst vor Kindergarten, Schule
Auskünfte des Lehrers zum Kind
Schulleistungen

Besondere Schwierigkeiten in Schule
Freizeit
Außerschulische Betätigungen, Hobbies

Körperlicher Befund bei Aufnahme

Habitus
Motorik
internistischer Befund
neurologischer Befund
bisherige Erkrankungen
bisherige ärztliche Behandlungen

Psychischer Befund bei Aufnahme

Charakterisierung
sprachliche Ausdrucksfähigkeit
Persönlichkeitsstruktur: Selbstwert
Autonomie
Aktivität
Aggressivität
Angstneurotische Symptomatik
Depressivität
sexuelle Auffälligkeiten
Verhaltensmäßige Auffälligkeiten
Drogeneinnahme
Kriminalität
affektives Verhalten

Grund für die Behandlung
Motivation zur Behandlung
Initiative zur Behandlung

Psychodiagnostische Testverfahren

Bisherige psychiatrische Beratungen und Behandlungen

Diagnose

Prognose

Therapie

Zeitpunkt der Schizophreniediagnose

Zeitintervall zur Zweitdiagnose

Ort der Akte der Zweitdiagnose

8.3. Dank

Mein Dank gilt Herrn Prof. Lempp für die Überlassung des Themas und die Beratung bei der Durchführung der Arbeit.
Ebenso sei an dieser Stelle den Direktoren der Psychiatrischen Kliniken und Landeskrankenhäuser, so der Universität Tübingen, des PLK Zwiefalten, des PLK Weissenau, des PLK Winnenden, des PLK Wiesloch, der Psychiatrischen Abteilung Rottenmünster, des Bürgerhospitals Stuttgart, herzlichst gedankt. Erst durch die Erlaubnis der Einsichtnahme in ihre Archive war uns die Ermittlung der zu untersuchenden Fälle überhaupt möglich.

IX) LITERATURVERZEICHNIS

(1) Ackermann, N.W.:
The Psychodynamic of Family Life
in Changing Concepts in Psychoanalytic Medicine
New York 1958

(2) Adler, A. und Magruder, W.W.:
"Folie à deux in identical twins treated in electroshock therapy"
in J. Nerv. und Ment. Dis., 103: 181, 1946

(3) Arnold, O.H.:
Experimentelle Psychosen und Schizophrenien in:
G. Huber (Hrsg.): Ätiologie der Schizophrenien
Schattauer Verlag, Stuttgart 1971

(4) Basaglia, F. und Slavich, A.:
"Group dynamics in therapeutic community"
G. Psychiat. Neuropat. 94, 93-106, 1966

(5) Bender, L.:
Schizophrenia in childhood, its recognition, description and treatment.
J. Amer. Orthopsychiatr. 26, 499, 1956

(6) Benedetti, G., Rauchfleisch, U. u.a.:
in "Die Schizophrenie in unserer Gesellschaft"
Teil I

(7) Benedetti, G.:
Ich-Strukturierung und Psychodynamik in der Schizophrenie.
In: Bleuler, M. und Angst, J.: Die Entstehung der Schizophrenie
Huber, Bern, Stuttgart, Wien, 77-90, 1971

(8) Benjamin, L.S.:
A reconsideration of the Kety and associates study of the genetic factors in the transmission of schizophrenia.
Am. J. Psychiatry, 133, 1129-33, 1976

(9) Bleuler, M.:
Die schizophrenen Geistesstörungen im Lichte langjähriger Kranken- und Familiengeschichten.
Thieme Verlag, Stuttgart 1972

(10) Bleuler, M.:
Lehrbuch der Psychiatrie, 13. Auflage
begründet von E. Bleuler, neubearbeitet von M. Bleuler.
Berlin, Heidelberg, New York: Springer 1975

(11) Bosch, G.:
Psychosen im Kindesalter
Psychiatrie der Gegenwart, Bd. II, Teil I,
Heidelberg, Berlin, New York, Springer 1972

(12) Bowen, Murray:
"Die Familie als Bezugsrahmen für die Schizophrenieforschung"
In: Bateson, Jackson, Laing, Lidz, Wynne u.a.:
Schizophrenie und Familie.
Frankfurt/Main in: Suhrkamp, S. 181 ff, 1969

(13) Brody, W.M.:
"Some family operations and schizophrenia"
In: Arch. gen. Psychiat., I: 49-73, 1959

(14) Brody, E.:
Societal Determinations of Schizophrenic Behaviours.
In: Kemali, D. et al. (eds) "Schizophrenia today"
Oxford: Pergamon Press, 1976

(15) Campion, E. and Tucker, G.:
A note on twinstudies, schizophrenia and neurological impairment.
Arch. Gen. Psychiat., 29, 460-64, 1973

(16) Cooper, D.:
"Psychiatrie und Antipsychiatrie".
Suhrkamp, Frankfurt 1971

(17) Dohrenwend, B.P. und D., B.S.:
Sozialer Status und psychische Störungen: Bestandaufnahme epidemiologischer Forschung.
In.: Keupp, H. (Hrsg), 137-155, 1974

(18) Eggers, Ch.:
Verlaufsweisen kindlicher und präpuberaler Schizophrenien.
Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York: S. 83

(19) Ernst, K. et al.:
Statistisches zum Übergang von Neurosen in Schizophrenien.
In: Nervenarzt 38, 408, 1967

(20) Fairbain, W.R.D.:
Psychoanalytic Studies of the Personality.
Tavistock Publications, London 1952

(21) Freud, S.:
Abriß der Psychoanalyse.
Gesamtwerke Bd. XVII, S. 33, 1938

(22) Ferenczi, S.:
Final Contributions to the Problems and Methods of Psychoanalysis.
In: Balint, M., London 1955

(23) Fischer, M.:
Umweltfaktoren bei der Schizophrenie. Intrapaarvergleiche bei eineiigen Zwillingen.
In: Nervenarzt, 43, 230, 1972

(24) Foudraine, J.:
Schizophrenie und Familie, Überblick über die Literatur zur Ätiologie der Schizophrenie von 1956, 1960.
In: Bateson, Jackson, Laing, Lidz et al.:
Schizophrenie und Familie
Suhrkamp, Frankfurt, S. 306 ff, 1977

(25) Gottesmann, I.I., Shields, J.:
Schizophrenia in twins: 16 years consecutive admissions to a psychiatric clinic.
British J. Psychiatr. 112: 809, 1966

(26) Groß, G.:
Prodrome und Vorpostensyndrome der Schizophrenie
In: Huber: Schizophrenie und Zykothymie
Thieme Verlag, Stuttgart 1969

(27) Handford, H.A.:
Brain hypoxia, minimal brain dysfunction and schizophrenia.
Am. J. Psychiatry 132, 192-194, 1975

(28) Harbauer, H.:
Endogene Psychosen im Kindesalter.
In: Huber: Schizophrenie und Zyklothymie.
Thieme Verlag, Stuttgart, S. 44, 1969

(29) Heston, L.L. and Denney, D.:
Interactions between early life experience and biological factors in schizophrenia.
In: Rosenthal, D. and Kety, S.S.: 363-376, 1969

(30) Hill, L.B.:
Psychotherapeutic Intervention in Schizophrenia.
Chicago 1955

(31) Hill, D.:
" EEG in episodic psychotic and psychopathic behaviour".
Electroencephal. clin. Neurophysiology 4, 419, 1952

(32) Huber, G.: (Hrsg.):
Erstes Weißenauer Schizophreniesymposion 1971:
Ätiologie der Schizophrenien.
Schattauer Verlag, Stuttgart, New York 1971

(33) Huber, G.:
Aktuelle Aspekte der Schizophrenieforschung.
In: Huber (Hrsg): Schizophrenie und Zyklothymie.
Thieme Verlag, Stuttgart 1969

(34) Isermann, H.:
Schizophrene Psychosen mit pathologischem EEG-Befund.
Psychiatr. Klinik 5, 17-26, 1972

(35) Jackson, Don, D.:
"Kritik der Literatur über die Erblichkeit der Schizophrenie"
In: Bateson et al.: Schizophrenie und Familie
Suhrkamp, S. 343-420, 1969

(36) Janssen, P.A. J.:
Amphetaminintoxikation als Psychosemodell beim Menschen und am Tier
In: Huber (Hrsg): S. 31-36, 1971

(37) Kallmann, F.J.:
The genetic theory of schizophrenia. An analysis of 691 schizophrenic twins index families.
Am. J. Psychiat. 103: 309, 1946

(38) Kanig, K.:
Erforschungen der biochemischen Grundlagen der Schizophrenien
In: Huber, G. (Hrsg): S. 127-156, 1971

(39) Kasanin, J.:
"Case of schizophrenia in only one of identical twins".
Am. J. Psychiat. 91: 751, 1934

(40) Keppler, W.:
Ergeben sich aus Schwangerschafts- und Geburts-anamnese Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen Schizophrenie und frühkindl. Hirnschädigung?
Inaugural. Dissert. Universität Tübingen, 1978

(41) Keyser, Brigitte:
Felduntersuchung zur sozialen und räumlichen Gliederung der stationären Patienten der Kinderpsychiatrie Tübingen
Inaug. Dissert. Universität Tübingen, 1980

(42) Klein, M.:
Die Trauer und ihre Beziehungen zu manisch-depressiven Zuständen. S. 84, 1940

(43) Klosinski, G.:
Die Adoleszentenkrise in Abhängigkeit von Altersstufe, Geschlecht und Geschwisterkonstellation.
In: Lempp, R.: "Adoleszenz", Huber Verlag, Bern, Stuttgart 1981

(44) Kringlen, E.:
Beiträge der neueren Zwillingsforschung zur Frage der Ätiologie und Pathogenese der Schizophrenie.
In: M. Bleuler und Angst, J. (Hrsg): S. 35-58, 1971

(45) Kulenkampff, C.:
Vorwort zu Bateson, Jackson et al.: Schizophrenie und Familie
Suhrkamp, Frankfurt/Main 1969

(46) Laing, R.D., Esterson, A.:
"Families and schizophrenia"
Int. J. Psychiat. 4, 65-71, 1967

(47) Laing, R.D.:
"Das geteilte Selbst". Eine existentielle Studie über geistige Gesundheit und Wahnsinn.
Tavistock Publications 1960 und 1969

(48) Lempp, R.:
Die Schizophrenie im Kindes- und Jugendalter.
Landarzt 42, 94, 1966

(49) Lempp, R.:
"Kann man im Kindesalter gegen Schizophrenie im Erwachsenenalter vorbeugen?"
Originalarbeit zum Kongress in Münster, S. 2, 1982

(50) Lempp, R.:
Psychosen im Kindes- und Jugendalter - eine Realitätsbezugsstörung. Eine Theorie der Schizophrenie.
Hans Huber Verlag, Bern, Stuttgart, Wien 1973

(51) Lempp, R. und Wacker, H.:
Anamnestische und katamnestische Untersuchung über die Folgen von Schwangerschaftskomplikationen und ihre Bewertung.
In: Stutte, H. (Hrsg): Jahrbuch für Jugendpsychiatrie und ihre Grenzgebiete Bd. 5, H. Huber Verlag 1970

(52) Lidz, Th., Cornelison, A., Fleck, St., Terry, D.:
"Spaltung und Strukturverschiebung in der Ehe"
In: Bateson, Jackson, Laing, Lidz: Schizophrenie und Familie.
Suhrkamp Verlag, Frankfurt/Main, S. 108-127, 1969

(53) Lidz, Th.:
Unveröffentlicher Aufsatz in Bateson et al.:
Schizophrenie und Familie.
Suhrkamp Verlag, Frankfurt/Main 1969

(54) Loch, W. (Hrsg) und Kutter, P.:
"Die Krankheitslehre der Psychoanalyse"
Hirzel Verlag, Stuttgart 1977

(55) Lutz, J.:
Zur Frage der Entstehung der Schizophrenie.
Beitrag der Kinderpsychiatrie.
In: Bleuler, M. und Angst, J.: Die Entstehung
der Schizophrenie
Bern, Stuttgart, Wien, S. 11-20, 1971

(56) Mahler, M.S.:
On Child Psychosis and Schizophrenia: Autistic
and symbolic infantile Psychosis
In: The Psychoanalytic Study of Child. 7,
286-305, 1958

(57) Mednick, S.A.:
Breakdown in individuals at high risk for
schizophrenia:
possible predispositional perinatal factors.
Ment. Hyg. 54, 50-63, 1970

(58) Mendell, D. und Fisher, S.:
"A multi-generation approach to tratment of
psychopathology"
In: J. Nerv. and Ment. Dis. 6: 523, 1958

(59) Müller, H.J.:
"Progress and prospekts in human genetics"
In: Am. J. Human. Genet. I: 1, 1949

(60) Myers, J.K. and Roberts, B.H.:
"Family and Class Dynamics in Mental Illness."
New York, John Wiley, 1959

(61) Neel, J.V., Shull, W.J.:
"Human Heredity"
Chicago 1954

(62) Oatman, J.G.:
"Folie à deux: report of a case in identical twins".
In: Am. J. Psychiat. 98: 842, 1942

(63) Paschedag, D.:
Anamnestische Untersuchung zum Zusammenhang zwischen sozialer Situation in der Kindheit und der Entstehung einer Schizophrenie.
Inaugural. Diss. Universität Tübingen, 1977

(64) Pause, F.:
Zur ursächlichen Bedeutung exogener Faktoren für die Entstehung und den Verlauf der Schizophrenie.
In: Schriftenreihe des Bundesversorgungsblattes Heft 5, 1968

(65) Penin, H.:
Die Bedeutung der Elektroencephalographie für die Schizophrenieforschung.
In: G. Huber: Ätiologie der Schizophrenien.
Schattauer Verlag, Stuttgart 1971

(66) Pollin, W., Stabenau, J.R., Mosher, L., Tupin, J.:
Life history differences in identical twins discordant for schizophrenia.
Am. J. Psychiat., 36, 492-509, 1966

(67) Pollin, W., Stabenau, J.R.:
Biological, psychological and historical differences in a series of monozygotic twins discordant for schizophrenia.
In: Rosenthal and Kety: 317-332, 1969

(68) Praag, H.M. van:
Controversial questions concerning schizophrenia.
1-6 in: Praag (ed) "On the origin of schizophrenic psychoses".
Amsterdam 1975

(69) Rebmann, H.E.:
Lassen sich aus der Kindheitsanamnese Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen Schizophrenie und frühkindlicher Hirnschädigung gewinnen?
Inaugural. Diss. Universität Tübingen, S. 60, 1977

(70) Redlich, F.C. und Freedman, D.X.:
Theorie und Praxis der Psychiatrie.
Band 2, S. 728, 1976

(71) Rimon, R.A. u.a.:
A soziopsychiatric study of paranoid psychosis.
Acta. Psychiat. scand. Suppl. 40, 335-347, 1964

(72) Rosenthal, D.:
Two adoption studies of heredity in schizophrenic disorders.
In: Bleuler, M. und Angst, J.: 21-34, 1971

(73) Rutter, M.:
Prognosis: psychotic children in adolescence and early adult life.
In: Wing, J.K.: Childhood, London, Pergamon Press 1966

(74) Rutter, M.:
Zitat in: Eggers, Ch.: Verlaufsweisen kindlicher und präpuberaler Schizophrenien
Springer, Berlin, Heidelberg, New York, S. 4

(75) Schöpf, J.:
Biogene Amine und Schizophrenie.
Schweiz. Med. Wochenschr., 105, 1201-1209, 1975

(76) Searles, H.F.:
"Das Bestreben, den anderen verrückt zu machen - ein Element der Ätiologie und Psychotherapie der Schizophrenien".
In: Bateson et al.: Schizophrenie und Familie.
Suhrkamp, Frankfurt/Main, S. 128 ff, 1977

(77) Shields, J.:
Concepts of heredity for schizophrenia.
In: Bleuler, M. und Angst, J.: Die Entstehung der Schizophrenie
Huber Verlag, Bern, Stuttgart, Wien 1971

(78) Simko, A.:
"Pseudoneurotische Schizophrenien im Lichte einer strukturellen Psychopathologie".
Nervenarzt 39, 242, 1968

(79) Slater, E.:
Psychotic and neurotic illnes in twins.
Medical Res. Council, special Rep. Series Nr. 278, 1953

(80) Smith, P.S.:
Somatische Initialsymptome der Schizophrenie.
Schweiz. Arch. Neuro. Psychiat., 105, 379-417, 1969

(81) Smythies, J.R.:
Biologische Psychiatrie. Entwicklungen - Fortschritte - Ausblicke.
Thieme Verlag, Stuttgart, S. 29-50, 1970

(82) Spiel, W.:
Die endogenen Psychosen des Kindes- und Jugendalters.
Karger, Basel, New York 1961

(83) Spitz, R.A.:
"Genèse des premières relations objectales".
In: Beiheft zur Psyche: Die ersten Objektbeziehungen
Klett, Stuttgart 1961

(84) Stevens, J.:
An Anatomie of Schizophrenia?
Arch. Gen. Psychiatry, 29, 177-189, 1973

(85) Stieler, G.:
"Dialektik und Praxis"
Berlin, S. 313, 1973

(86) Stierlin, H.:
"The adaption to the "stronger persons's reality" - some aspects to the symbiotic relationsship of the schizophrenic"
In: Psychiatry: 22, 143-153, 1959

(87) Strömgen, E.:
Zitat aus einem Diskussionsbeitrag in:
Jansen, P.A.J.: Amphetaminintoxikation als Psychosemodell beim Menschen und am Tier
In: G. Huber, Schattauer Verlag, S. 31-36, 1971

(88) Strömgen, E.:
Genetic factors in the origin of schizophrenia.
In: Praag, H.M.: 7-18, 1975

(89) Stutte, H.:
Die Prognose der Schizophrenie des Kindes- und Jugendalters.
1959

(90) Stutte, H.:
Psychosen des Kindesalters.
In: Opitz, H., Schmid, F.: Handbuch der Kinderheilkunde
Springer, Berlin, Heidelberg, New York 1969

(91) Süllwold, Strötzel, Kisker:
Präschizophrene Entwicklungsverläufe Jugendlicher und ihre Typisierung.
1965

(92) Taft, L.T. und Goldfab, W.:
Prenatal and perinatal factors in childhood schizophrenia.
Develop. Med. Child. Neurol., 6, 32-43, 1964

(93) Tienari, P.:
Psychiatric illness in identical twins.
Acta. psychiat. scand. Suppö. 171: 39, 1963

(94) Tienari, P.:
Schizophrenia in monozygotic male twins.
In: The transmission of schizophrenia.
Hrsg. Rosenthal, D. und Kety.
Pergamon Press, Oxford 1968

(95) Uschakov, G.K.:
Die Frühdiagnostik der Schizophrenie bei Kindern und Jugendlichen.
In: Das deutsche Gesundheitswesen, 20, 1922-25, 1965

(96) Vogel, E.F., Bell, N.W.:
"Das gefühlsgestörte Kind als Sündenbock der Familie".
In: Bateson et al., Schizophrenie und Familie.
Suhrkamp, Frankfurt/Main, S. 245 ff, 1977

(97) Wieck, Th.:
Schizophrenie im Kindesalter.
Hirzel, Leipzig 1965

(98) Winnicott, D.W.:
"Ich-Verzerrung in Form des wahren und falschen Selbst"
In: Reifungsprozesse und fördernde Umwelt,
S. 182, 1960

(99) Woerner, M.G., Pollack, M., Klein, D.F.:
Birth weigth and length in schizophrenic; personality disorders and their siblings.
Brt. J. Psychiat., 118, 461-464, 1971

(100) Wynne, L.C., Ryckoff, I.M., Day, J., Hirsch, S.I.:
"Pseudogemeinschaft in den Familien Schizophrener"
In: Bateson et al.: Schizophrenie und Familie
Suhrkamp, Frankfurt/Main, S. 44 ff, 1977

(101) Zauner, J.:
Stufen der Adoleszenz - Modifikation des therapeutischen Zugangs.
In: Lempp, R.: Adoleszenz, Huber Verlag, Bern, Stuttgart, Wien, S. 84, 1981

Druck Köhler Tübingen